Rok XLV. Kraków 22 Grudnia 1906. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W sprawie operowania doszczętnego przepuklin udowych.

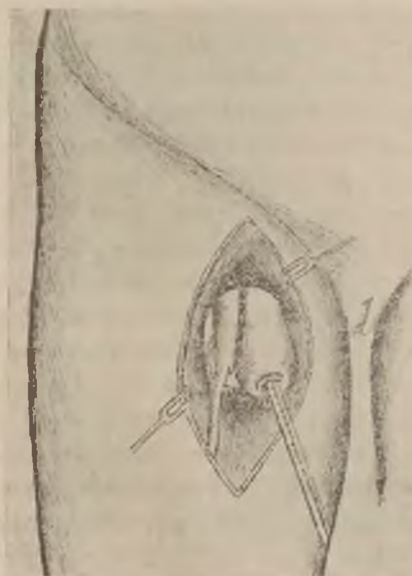
Podał
prof. dr B. Kader.

Od 3 lat operuję przepukliny udowe w sposób następujący:

1) Ułożenie Trendelenburga o pochyleniu nieznacznem. Cięcie podłużne nad guzem przepuklinowym. Wyosobnienie na tępo worka przepuklinowego z otoczenia, ile możności wysokie. Wytamponowanie rany tymczasowe gazą wyjałowioną.

2) Drugiem małem cięciem pionowem otwiera się jamę brzuszną 1—2 ctm. ponad więzadłem Pouparta; cięcie przez skórę może być bezpośredniem przedłużeniem cięcia dolnego.

Pomiędzy dolnym kątem otworu w otrzewnej a szyjką worka przepuklinowego pozostaje mostek nienaruszonej otrzewnej $1^1/_2$—$2^1/_2$ ctm. szerokości. Okolicę wejścia worka przepuklinowego do kanału poddaje się od strony jamy brzusznej ścisłym oględzinom. Istniejące w danym razie zrosty z jelitami i siecią usuwa się; worek się opróżnia.



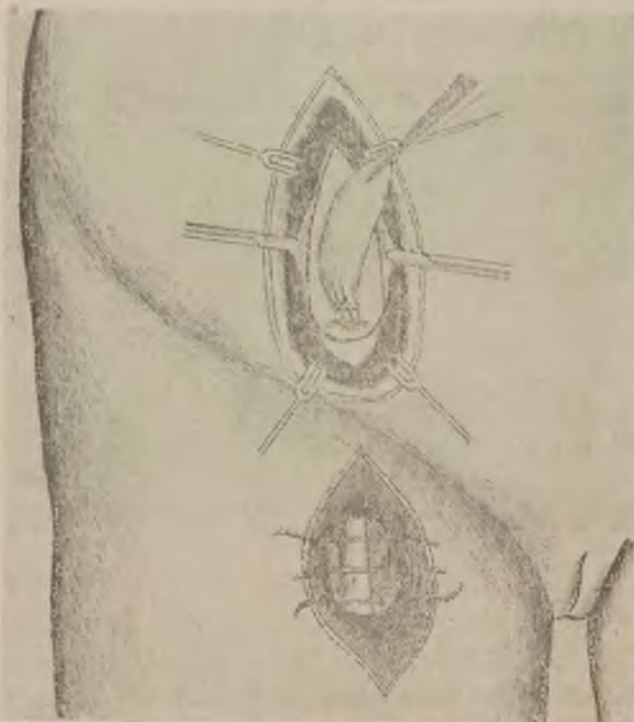
Rys. 1.

3) O ile worek przepuklinowy jest pusty, chwyta się dno jego od zewnątrz (z rany dolnej) kleszczykami i przy jednoczesnem wynicowaniu wgłabia się w całości do jamy otrzewnej (rys. 1 i 2).

Jeżeli nie można wgłobić worka tą drogą, wprowadza się kleszczyki od strony jamy brzusznej od wewnątrz przez szyjkę, chwyta się nimi dno worka i wynicowuje się worek do jamy brzusznej przez pociąganie.

W przypadkach zrośnięcia ścian worka z jego treścią postępuje się inaczej. Tam, gdzie chodzi o sieć, resekujemy ją jeszcze w jamie brzusznej, i staramy się wykonać wgłobienie i wynicowanie worka w jeden lub drugi sposób. W tych przypadkach, w których przyrośnięte jest jelito, staramy się wykonać wynicowanie przez lekkie pociąganie za jelito od strony jamy brzusznej i jednoczesny ucisk na worek od zewnątrz; w razie powodzenia usuwamy zrost, ewentualnie przy częściowej resekcyi ściany worka już w jamie brzusznej. Tam, gdzie postępowanie to nie prowadzi do skutku, otwieramy worek na miejscu i na miejscu usuwamy zrosty, odprowadzamy treść worka, i teraz dopiero wgłabiamy go i wynicowujemy.

4) Górny otwór kanału udowego zamykamy 2—3 szwami jedwabnymi, przyszywając więzadło Pouparta do



Rys. 2.

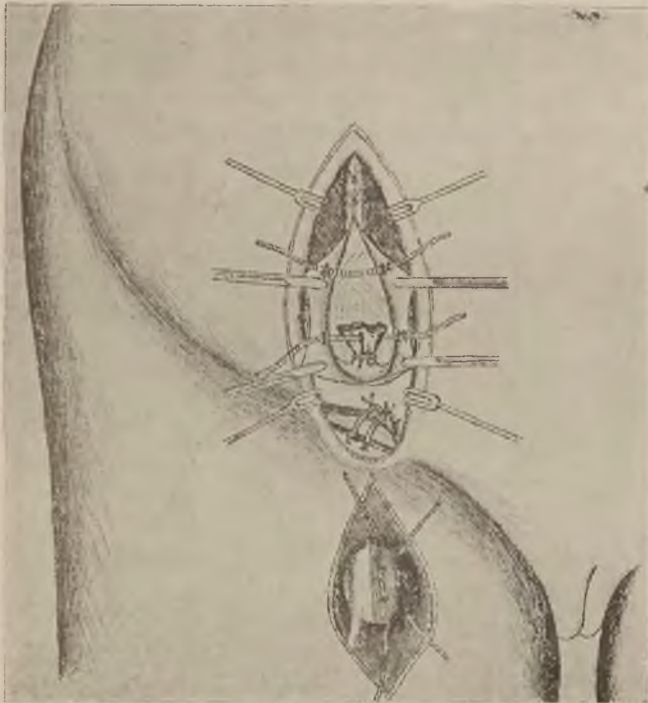
okostnej gałęzi poziomej kości łonowej i więzadła łonowego (*lig. pubicum Cooperi* —, przedłużenie ku zewnątrz wzdłuż kości łonowej dolnego rogu *lig. Gimbernati*), względnie do powięzi i mięśnia łonowego (*fascia et musc. pectin.*). Szwów

nie należy zbyt silnie zaciskać, z powodu niebezpieczeństwa zgorzeli więzadeł i powięzi. Zakładamy je od tyłu i wewnątrz ku przodowi i na zewnątrz (rys. 3) Dla ułatwienia założenia szwów oddzielamy poprzednio otrzewnę na niewielkiej przestrzeni od otoczenia kanału udowego i odsuwamy ją ku górze (rys. 2).

5) Worek przepuklinowy podciąga się ku górze i przodowi i podwiązuje się po przekłuciu jedwabiem niezbyt blisko od podstawy stożka, powstającego przez ten zabieg. Wolną część worka odcina się ponad podwiązką (niezbyt blizko, mniej więcej $1^1/_2$ ctm.). Jeżeli worek jest krótki, pozostawia się go w całości i z wierzcholkiem jego postępuje się tak, jak z kikutem.

6) Jeden lub dwa szwy, zamykające otwór w otrzewnej, przekłuwamy przez kikut worka przepuklinowego i przyszywamy ten ostatni ile możności wysoko do otrzewnej ściennej. Zbyt wysoko nie należy kikuta podciągać, dlatego, by nie wytworzyć za dużej jamy pustej powyżej górnego otworu kanału udowego.

Otwór w otrzewnej zaszywamy jedwabiem w ten sposób, że wkłuwamy i wykłuwamy szwy od strony jamy brzusznej tuż przy brzegu otworu w obrębie otrzewnej, w sposób, widoczny dokładniej na rys. 3. (Typ szwu Lemberta). Szew chwyta jednocześnie wewnętrzną powierzchnię mięśnia, względnie powięź, przylegającą do otrzewnej. Przez zawiązanie szwów tak założonych, uzyskujemy zrośnięcie się otrzewnej szerszemi niż zazwyczaj powierzchniami



Rys. 3.

7) Dolny otwór kanału udowego *(for. ovale)* zaszywa się kilku szwami jedwabnymi. Szwy zakłada się w poprzecznym, albo też w podłużnym kierunku; zależy to od tego, w którym kierunku jest mniejsze napięcie. Przy zaszywaniu w kierunku podłużnym podwiązuję zawsze żyłę odpiszczelową *(v. saphena)* i resekuję ją, a to by uniknąć pozostawienia szpary w miejscu jej ujścia do żyły udowej (rys. 2 i 3). Przy zeszywaniu w kierunku poprzecznym ma ten czynnik mniejsze znaczenie.

Wewnętrzna część szwu przechodzi przez mięsień łonowy.

8) Mięśnie i powięź zeszywa się w obu ranach katgutem, ewentualnie również i tkankę podskórną, a to dla usunięcia jam, w których mogłyby powstać krwiaki; skóra cienkim jedwabiem.

Chorzy pozostają w łóżku przez 3 tygodnie.

Korzyści mojej metody są następujące:

Po pierwsze: W jamie otrzewnej powstaje ku górze wypukłony stożek na miejscu poprzedniego lejkowatego wgłębienia otrzewnej, przy jednoczesnem napięciu otrzewnej w całej okolicy górnego otworu kanału udowego.

Powtóre: Kanał przepuklinowy zamyka się dwoma piętrami szwów.

Pod względem technicznym nie przedstawia moja metoda żadnych poważniejszych trudności. Dowodem tego jest fakt, że w klinice mojej wykonywali zabieg ten z dobrym wynikiem i mniej wyrobieni asystenci. Należy tylko unikać nakłucia żyły udowej, zwłaszcza w jej części wewnątrzmiednicowej. U mężczyzn wymaga oględności powrózek nasienny. W razie zetknięcia się z więzadłem okrągłem u kobiet usuwam je na bok.

Tamowanie krwawienia musi być bardzo dokładne dla uniknięcia krwiaków, niekorzystnych dla doraźnego *(per primam)* gojenia się rany; w tym celu podwiązujemy cienkim katgutem najdrobniejsze krwawiące naczynia (w szczególności gałązki tętnicy i żyły okalającej udo [*aa.* i *vv. circumfl. ilei*] i nabrzusznej dolnej [*epigastr. infer.*]).

Z dolnej rany usuwa się wszystkie napotkane gruczoły chłonne, tłuszczaki i torbiele, gdyby się tu znajdowały. Niezbędnem jest postępowanie ściśle aseptyczne. Bezpośrednio na ranę przykładam jednak przy opatrunku gazę antyseptyczną. Zamiast podłużnem można jamę brzuszną otworzyć cięciem. równoległem do więzadła Pouparta, co w jednym przypadku wykonałem. Sądzę, że od strony cięcia górnego byłoby łatwo dla tem pewniejszego zamknięcia górnego otworu w razie szerszego niż zazwyczaj kanału udowego wytworzyć płat kostno-okostny z poziomej gałęzi kości łonowej, lub uszypułowany płat mięśniowy z mięśni skośnych brzucha.

W piśmiennictwie znajdujemy około 50 sposobów doszczętnego operowania przepuklin udowych. Fakt ten może być tłómaczony w sposób dwojaki. Albo tem, że doszczętne usunięcie przepukliny udowej jest rzeczą łatwą, i każda metoda. lub co najmniej znaczna ich większość, wiedzie do dobrego wyniku, albo też tem, że sposoby te mają strony słabe, zmuszające chirurgów do szukania coraz nowych, pewniejszych metod operacyjnych. Za przypuszczeniem pierwszem przemawiałoby to, że wyniki ostateczne doszczętnych operacyi przepuklin udowych najrozmaitszymi sposobami wykazują tylko 2 do 5% powrotów; wiemy jednak, że statystyki te opierają się na stosunkowo niewielkich liczbach; wiemy też, że niektóre przepukliny, zwłaszcza o szerszym kanale udowym, mają stałą skłonność do powrotów [1]. W tej właśnie drugiej okoliczności, jak również w dążeniu do najodpowiedniejszego i najpewniejszego wytworzenia stosunków

[1]) Handb. d. pr. Chir. v. Bergmann, v. Bruns. v. Mikulicz. Wyd. II, t. II, p. 1036.

anatomicznych, zapobiegających powstaniu przepukliny udowej, należy widzieć bodziec do poszukiwań nowych metod. Sprengel[2]) w pracy swojej, ogłoszonej kilka tygodni temu, zestawił poglądowo prawie wszystkie opisane metody operacyi przepukliny udowej; mimo tej mnogości metod sądzi, że do niektórych przypadków u kobiet, u których kanał udowy jest szeroki, nadaje się jego metoda, którą w tej pracy opisuje. Sprengel wyosabnia worek przepuklinowy, otwiera jamę brzuszną i worek wynicowuje w sposób. zupełnie podobny do mojego; od strony jamy brzusznej robi potem z worka przez sfałdowanie poduszeczkę, którą zamyka otwór wewnętrzny kanału udowego; do poduszeczki przymocowuje więzadło okrągłe (*lig. rotundum*). Sam kanał udowy pozostawia nietknięty. Sprengel operował w ten sposób 5 przypadków; pierwszy był operowany dnia 12/I 1905. Rys. 4. kopia rysunku oryginalnego Sprengla. objaśnia jego metodę. Metoda Sprengla jest ze wszystkich dotychczas opisanych metod doszczętnego operowania przepuklin udowych do mego sposobu stosunkowo najpodobniejsza.



Rys. 4. — Metoda Sprengla.

Różnica jednak jest bardzo wyraźna: w metodzie Sprengla nie mamy ani napięcia otrzewnej ponad kanałem udowym, ani wyżej opisanego stożka otrzewnego, ani też dwupiętrowego zaszycia kanału udowego. Z innych metod ma metoda Kochera, którą on poleca dla przepuklin o wązkiej szyjce i wązkim kanale, pewne podobieństwo do mojej, różni się jednak od mojej o tyle, że Kocher wynicowuje worek na ślepo do jamy brzusznej i wynicowany przepycha przez mały otworek, zrobiony przez całą grubość ściany brzusznej (na wypinających ścianę na ślepo przez kanał udowy wprowadzonych kleszczykach) tuż ponad więzadłem Pouparta i ku zewnątrz od wylotu kanału pachwinowego. Kanał udowy zeszywa Kocher szwem jednopiętrowym.

Aslett Baldwin[3]) stara się napiąć otrzewnę, wyściełającą okolicę kanału udowego, w ten sposób, że przeprowadza wynicowany worek przepuklinowy pomiędzy otrzewną a mięśniami brzucha, przeciąga go przez otworek w powięzi m. skośnego zewnętrznego mniej więcej $1/2$ cala ponad więzadłem Pouparta, tu podwiązuje, marszczy w sposób podobny, jak Mac Ewen i stąd zamyka szwem kanał udowy.

[2]) Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1906. T. II. p. 244 i Langenb. Archiv, t. 80, zeszyt I.

[3]) Ref. Lwow. Tyg. Lek. Nr 41, str. 501 (1906) z The Lancet 21/VII 1906.

Dotychczas moim sposobem, częściowo przezemnie, częściowo przez moich asystentów, było operowanych 15 przypadków (13 kobiet, 2 mężczyzn), z wynikiem bezpośrednim pomyślnym. Pierwotnie operowałem moim sposobem tylko większe przepukliny udowe, obecnie operuję nim wszystkie.

Na ocenę wyników ostatecznych jest jeszcze za wcześnie, zarówno dlatego, że 3-letni okres jest na to za krótki, jak również i dlatego, że miałem sposobność zbadać tylko jedną chorą, w ten sposób operowaną, mianowicie kobietę, u której dokonałem zabiegu w marcu 1904 r.; stwierdziłem u niej zupełne wyleczenie; blizna laparotomijna była mocna i niepodatna.

Z Zakładu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej na zakażenie.

Napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

II. Badania nad sposobem powstawania sztucznej czasowej odporności jamy brzusznej.

W badaniach nad sztuczną czasową odpornością miejscową nie ograniczano się do stwierdzenia samego zjawiska, ale starano się zazwyczaj wyświetlić sposób jego powstania. W tym celu, za przykładem Issajewa, wydobywano w różnych odstępach czasu po zakażeniu z jamy brzusznej zwierząt przygotowanych uprzedniem wstrzyknięciem śródotrzewnem cieczy obojętnej zapomocą cienkiej pipety szklanej nieco płynu, który badano pod względem cytologicznym i bakteryologicznym i porównywano go z odpowiednim płynem zwierząt kontrolnych, nie przygotowanych.

Z badań tych okazało się, że wstrzyknięcie do jamy brzusznej zwierzęcia prawidłowego takich cieczy, jak bulion wyjałowiony, fizyologiczny roztwór soli kuchennej, surowica krwi prawidłowej i t. d. wywołuje odczyn miejscowy, polegający na krótkotrwałej przejściowej leukopenii, po której następuje znaczna leukocytoza, utrzymująca się w jamie brzusznej w ciągu dłuższego czasu. Według Issajewa ilość ciałek białych dochodzi w danych warunkach w jamie brzusznej do szczytu w 24 godziny po zakażeniu; gdy w tym czasie wstrzyknąć do brzucha mikroby, szybko ulegają one fagocytozie, która, zdaniem Issajewa, stanowi tu główny czynnik obronny ustroju. W badaniach późniejszych inni autorowie, mianowicie Charlton Briscoe (20) i Wolff starali się zbadać szczegółowo przebieg rzeczonego odczynu, a mianowicie określali, w jakim czasie po wstrzyknięciu śródotrzewniem ukazują się w jamie brzusznej rozmaite rodzaje ciałek białych, i w jakim czasie z niej znikają. stwierdzali pochłanianie limfocytów i ciałek wielojądrzastych przez makrofagi i określali czas, w którym zjawisko to w danych warunkach występuje. Briscoe, który wprowadzał do jamy brzusznej szeregu zwierząt zamiast cieczy, stosunkowo słabo działających, niektóre mikroby, jakoto przecinkowca cholery, *bac. megatherium* i lasecznika ziemniaczanego, twierdzi, że po wstrzyknięciu mikrobów do brzucha występuje podobny od-

czyn miejscowy, jak po wstrzyknięciu cieczy, a że same mikroby ulegają fagocytozie. Wolff zaś, który wstrzykiwał do jamy brzusznej prątki błonicy, duru, mikroby, podobne do zarazka grypy i in., opisuje odczyn miejscowy, jaki po zakażeniu zwierząt występował, tylko ogólnikowo, zaznaczając przytem, że w tych warunkach sprawa jest zawilszą, niż po wstrzyknięciu do jamy brzusznej powyżej przytoczonych cieczy, albowiem między różnymi czynnikami wchodzi tu w grę także i chemotaksis ujemna.

Gdy do jamy brzusznej, w której przez wstrzyknięcie cieczy, stosunkowo słabo działającej, wywołano powyżej przytoczony odczyn, wstrzyknąć powtórnie jakąś ciecz obcą, występuje również miejscowy odczyn komórkowy, choćby ciecz, użyta do powtórnego wstrzyknięcia, była również słabo działająca, jak ta, którą wprowadzono do brzucha przy pierwszem wstrzyknięciu. Powtórny odczyn ten jest jednak wogóle słabszy, niż odczyn po pierwszem wstrzyknięciu, co Briscoe tłómaczy pewnem stępieniem wrażliwości tworów komórkowych, w jamie brzusznej zawartych. Według tego badacza po powtórnem wstrzyknięciu limfocyty ukazują się w jamie brzusznej w mniejszej ilości, niż po pierwszem wstrzyknięciu, a ciałka wielojądrzaste powolniej z niej znikają; wiele makrofagów, które po pierwszem wstrzyknięciu ukazały się w jamie brzusznej, a później z niej uszły, powraca do jamy brzusznej, a poznać je można po zawartych w ich protoplazmie cząstkach pochłoniętych i w części strawionych leukocytów; po powtórnem wstrzyknięciu ukazują się także w jamie brzusznej komórki tuczne. W badaniach nad fagocytozą i leukocytozą w śródotrzewnem zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym liczył Bukojemski (21) przyrządem Thomy-Zeissa ciałka białe w cieczy, jaką wydobywał co pół godziny z jamy brzusznej królików, przygotowanych w przeddzień zakażenia śródotrzewnem wstrzyknięciem 20 cm³ fizyologicznego roczczynu soli kuchennej; w 20 minut po zakażeniu ilość ciałek białych w polu widzenia wynosiła 15—17; z biegiem czasu zwiększała się ona, dochodząc w 4 godziny po zakażeniu do szczytu, który wynosił 200—215; 75% ciałek białych stanowiły przytem, zdaniem Bukojemskiego, młode ciałka jednojądrzaste; poczynając od 5-tej godziny po zakażeniu ilość ciałek białych się zmniejszała, tak że w 6½—7 godzin po zakażeniu, gdy następowała śmierć zwierzęcia, ilość ciałek białych w polu widzenia wynosiła zaledwie 15—20.

W badaniach nad sztucznie wywołaną czasową odpornością jamy brzusznej na różne mikroby poznano tedy w głównych zarysach zachowanie się różnych gatunków ciałek białych w przebiegu odczynu miejscowego, jaki po zakażeniu powstaje; stwierdzono wybitną leukocytozę miejscową, pojawianie się makrofagów w jamie brzusznej, ubywanie z niej mikrofagów w późniejszych okresach zakażenia, pochłanianie mikrofagów przez makrofagi; natomiast nie wyjaśniono dostatecznie tych spraw, których dokładne poznanie ze względu na powstawanie odporności miejscowej największe miałoby znaczenie; a mianowicie co do fagolizy, jaka w danych warunkach występuje w jamie brzusznej, fagocytozy mikrobów przez leukocyty, oraz bakteryolizy pozakomórkowej, w poglądach różnych badaczów panuje jeszcze wiele sprzeczności, występują tu bowiem te same różnice, jakie do dziś dnia utrzymują się w tłómaczeniu powstawania wszelkiej wogóle odporności na zarazki, czy też inne komórki obce, przez wyznawców dwu głównych teoryi odporności.

Według zgodnego wyniku badań wszystkich autorów na tem polu, po pierwszem wstrzyknięciu cieczy, a względnie mikrobów do jamy brzusznej, następuje okres przejściowej leukopenii miejscowej. Miecznikow i jego szkoła tłómaczy to zjawisko przez fagolizę, jaką wywołuje wprowadzenie do jamy brzusznej cieczy obcej, a która, jak to podnosi Bordet, jest tem silniejszą, im większą jest ilość wstrzykniętej cieczy, oraz im bardziej jej ciepłota różni się od ciepłoty ciała. Gruber i Durham (22) zaś twierdzą, że w okresie leukopenii ciałka białe zlepiają się i osiadają na otrzewnej ściennej, ulegając przytem, jak się zdaje, pewnym zmianom; podobnie twierdzi Pierallini (23), że w okresie leukopenii miejscowej ciałka białe osiadają na sieci, że część ich jest przytem uszkodzona i że w otoczeniu uszkodzonych ciałek tworzą się złogi włóknika. Briscoe nie rozstrzyga wprawdzie czy początkową leukopenię wywołuje osiadanie ciałek białych na sieci, czy też fagoliza; skłania się jednak do przypuszczenia, że leukopenia powstaje nie wskutek fagolizy. Według Weryhy (24), Borella i Czystowicza (25) ciałka białe w okresie początkowej leukopenii uchodzą w wielkiej ilości do naczyń płucnych.

Szereg badaczów ze szkoły Miecznikowa, poczynając od Issajewa, znajduje, że u zwierząt przygotowanych po powtórnem wstrzyknięciu do brzucha cieczy, a względnie tworów komórkowych, w początkowym okresie miejscowego odczynu komórkowego fagolizy brak zupełnie lub też że jest ona znacznie słabsza, niż po pierwszem wstrzyknięciu; wynika to także z badań Pierralliniego, który znalazł, że po powtórnem wstrzyknięciu ilość włóknika, złożonego na sieci, jest znacznie mniejsza, niż po wstrzyknięciu przygotowawczem, co świadczy o słabszym rozpadzie osiadłych tam leukocytów. Natomiast po wprowadzeniu tworów komórkowych do brzucha zwierząt przygotowanych występuje, według Miecznikowa, bardzo wybitna fagocytoza, i to w ciągu bardzo krótkiego czasu. Miecznikow tłómaczy tę zmianę odczynu komórkowego po powtórnem wstrzyknięciu w sposób następujący: po wstrzyknięciu przygotowawczem uszkodzenia, na które Miecznikow główny nacisk kładzie, doznają głównie najsłabsze ze znajdujących się w jamie brzusznej leukocytów, które wskutek tego uszkodzenia giną; pozostają zaś fagocyty odporniejsze, które, nagromadziwszy się w jamie brzusznej w większej ilości, po drugiem wstrzyknięciu nietylko nie giną, ale przeciwnie, wskutek doznanej podniety jeszcze wzmagają swe czynności fizyologiczne; dlatego to, zdaniem Miecznikowa, u zwierząt przygotowanych zjawisko Pfeiffera nie występuje, a niszczenie mikrobów odbywa się tylko we wnętrzu fagocytów.

Inaczej rzecz tę przedstawia Briscoe; znajduje on mianowicie, że u zwierząt zakażonych, a przygotowanych uprzedniem wstrzyknięciem bulionu, fagocytoza występuje wybitniej, niż u zwierząt nieprzygotowanych; znajduje on jednak zarazem, że zjawisko Pfeiffera, które u świnek morskich nowych występuje najsilniej w 2 godziny po wstrzyknięciu im niejadowitych przecinkowców cholery do jamy brzusznej, t. j. równocześnie z ukazaniem się ciałek wielojądrzastych, występuje również i u świnek przygotowanych śródotrzewnem wstrzyknięciem bulionu lub roczczynu

fizyologicznego soli kuchennej, i to nawet, że rozpoczyna się ono już w 45 minut po wprowadzeniu mikrobów do jamy brzusznej, jeszcze przed ukazaniem się w niej ciałek wielojądrzastych.

Według Wolffa ciałka białe bynajmniej nie są tak wrażliwe na szkodliwe działanie cieczy obcej, jak to twierdzi Miecznikow; zdaniem jego brak jeszcze dowodu, by w okresie leukopenii przejściowej istotnie powstawała fagoliza, sama zaś leukopenia da się wytłómaczyć przez rozcieńczenie treści jamy brzusznej wprowadzoną do niej cieczą. Powstała po wprowadzeniu do jamy brzusznej różnych cieczy czy tworów obcych leukocytoza miejscowa tłómaczy się, zdaniem Wolffa, przez ich działanie chemotaktyczne dodatnie; nie wytłómaczono tylko dotychczas, w jaki sposób wywołuje w danych warunkach leukocytozę miejscową fizyologiczny rozczyn soli kuchennej; według Wolffa, wstrzyknięcie tego rozczynu do jamy brzusznej działa mechanicznie, przez odrywanie komórek, wyścielających jamę brzuszną, od ich podłoża; komórki te ulegają potem rozpuszczeniu, a powstające natenczas, czy też uwalniające się z nich istoty działają na ciałka białe chemotaktycznie dodatnio. Wprawdzie we własnych doświadczeniach stwierdził Wolff, że fagocytoza w jamie brzusznej zwierząt przygotowanych jest silniejsza, niż u zwierząt nieprzygotowanych; okoliczność tę tłómaczy on jednak nie wzmocnieniem fagocytów przez wstrzyknięcie przygotowawcze, a tylko tem, że w jamie brzusznej zwierząt przygotowanych w chwili wprowadzenia do niej tworów komórkowych, znajduje się większa ilość fagocytów, niż u zwierząt nowych. W zakażeniu przecinkowcem cholery zwierząt przygotowanych uprzednim wstrzyknięciem śródotrzewnem, nie przypisuje Wolff fagocytozie zarazków przez mikrofagi prawie żadnego znaczenia, natomiast stwierdza on pozakomórkowe niszczenie mikrobów w jamie brzusznej.

W doświadczeniach nad zakażeniem paciorkowcem ropotwórczym królików i myszy, przygotowanych fizyologicznym rozczynem soli kuchennej w przeddzień zakażenia, znajdował Bukojemski w $^1/_2$—1 godziny po zakażeniu ciałka białe w wielkiej ilości na powierzchni żołądka, jelit i wątroby, nadto spotykał je w gruczołach limfatycznych, śledzionie i w wątrobie, zwłaszcza w naczyniach rzeczonych narządów. Bukojemski zaznacza przytem, że uszkodzone ciałka białe spotykał przeważnie tylko w obumarłych częściach wątroby i śledziony, zaś w wysięku brzusznym spotykał tylko częściową leukolizę, i to tylko w zakażeniu śmiertelnem wielką dawką jadowitych paciorkowców.

W różnych sposobach tłómaczenia powstawania czasowej odporności miejscowej na pierwszy plan wysuwa się zagadnienie, który z wchodzących tu w grę czynników główne ma znaczenie. Dosyć sprzeczne w tej mierze poglądy różnych autorów są następujące:

Miecznikow, który, opierając się na wynikach własnych swych badań, oraz poszukiwań swoich uczniów, uważa za główny czynnik w powstawaniu rzeczonej postaci odporności wzmożenie fagocytozy mikrobów przez bardzo żywotne leukocyty, niejako uodpornione przez wstrzyknięcie przygotowawcze na działanie fagolityczne stykających się z nimi ciał czy tworów obcych i pobudzone do silniejszych czynności fizyologicznych; obok fagocytozy zaś może, zdaniem Miecznikowa, odbywać się także i pozakomórkowe niszczenie mikrobów przez istoty bakteryobójcze, powstałe przy fagolizie, dla ostatecznego zejścia zakażenia sprawa ta ma jednak podrzędne znaczenie. Miecznikow sądzi przytem, że jakkolwiek fagocytoza mikrobów stanowi w sprawach zakaźnych najważniejszy sposób obrony ustroju, to jednak niezawsze może odczyn ten uchronić ustrój od śmierci, nawet wówczas, gdy wystąpił w bardzo silnym stopniu; tak bywa n. p. w zakażeniu przecinkowcem cholery, w którem nawet po pożarciu wszystkich zarazków przez fagocyty może nastąpić śmierć zwierzęcia wskutek zatrucia. Miecznikow stoi w sprawie powstawania wszelkiej wogóle, a zatem i rzeczonej postaci odporności na twory komórkowe obce, na tem zasadniczem stanowisku, że nawet uwzględniając pozakomórkowe tych tworów niszczenie, należy uważać odporność za sprawę komórkową, a to dlatego, że istoty, szkodliwie na te twory działające, przechodzą do ciekłego ich środowiska wskutek fagolizy, a więc wskutek uszkodzenia, a względnie rozpadu komórek ustroju. Za takiem pochodzeniem istoty bakteryobójczej przemawiają wyniki badań wielu badaczów, jakoto Salimbeniego, Cantacuzena, Bordeta i Gengou (26), Tarassewicza. Levaditiego (27), Lazara Erwina (28), Schradera (29), a poniekąd i Arthusa (30); atoli wobec odmiennych wyników badań innych autorów wielu innych badaczów nie uznaje, by istota bakteryobójcza pochodziła z rozpadających się, czy też już rozpadłych fagocytów. Wśród tych ostatnich wyróżnia się Radziewski (31) siłą, z jaką zwalcza poglądy Miecznikowa i znaczenie fagocytozy mikrobów do zera sprowadzić usiłuje; w pracy Radziewskiego, z którą Miecznikow zupełnie się nie liczy, uważając ją za tendencyjną, spotykamy wiele szczegółów, tyczących się rozmnażania się mikrobów, oraz pozakomórkowego ich niszczenia, które na uwzględnienie zasługują.

Briscoe uznaje wprawdzie, że u zwierząt przygotowanych wstrzyknięciem śródotrzewnem występuje w jamie brzusznej wybitna fagocytoza przez nagromadzone tam w wielkiej ilości ciałka białe, stwierdza on jednak zarazem, że równocześnie mikroby, a względnie obce ciałka czerwone krwi, wprowadzone do jamy brzusznej, ulegają także i pozakomórkowemu niszczeniu. Briscoe stwierdza nawet, że u zwierząt przygotowanych fagocytoza występuje silniej, niż bakteryoliza, a względnie hemoliza pozakomórkowa; stwierdza on jednak zarazem, wbrew twierdzeniu Grubera i Durhama, w szeregu doświadczeń na świnkach morskich prawidłowych, uodpornionych i przygotowanych wstrzyknięciem bulionu, oraz na uodpornionych królikach, które zakażał jadowitymi i niejadowitymi przecinkowcami cholery, że w cieczy brzusznej nawet zwierząt prawidłowych jest zawsze aleksyna, oraz że zmiany ilościowe tej istoty w cieczy brzusznej nie odpowiadają zmianom znachodzących się w niej pseudoeozynofilów. Pomimo zwiększenia się ilości komórek w wysięku brzusznym działanie aleksyny może się osłabić, gdy ilość cieczy w brzuchu się zmniejszy; stąd wyprowadza Briscoe wniosek, że istoty działające, zawarte w cieczy otrzewnej, przechodzą do jamy brzusznej wraz z płynem, przesiąkającym tu z naczyń krwionośnych, a względnie wraz z powstającym wysiękiem. Z poglądem tym zgadza się pogląd Wassermanna, który uważa za najważniejszy czynnik w odporności miejscowej dopływ cytaz do zakażonej części ustroju.

Wolff, który zwalcza wogóle poglądy Miecznikowa, sądzi, że nawet jeśli przyjąć, iż cytazy przechodzą do soków ustroju dopiero wówczas, gdy ciałka białe ulegają zniszczeniu, to i w tym przypadku, wbrew twierdzeniu Miecznikowa, wolna cytaza musi znachodzić się w osoczu krwi, gdyż już w warunkach fizyologicznych leukocyty ciągle ulegają rozpadowi w śledzionie, a być może i w gruczołach limfatycznych, oraz w szpiku kostnym; podobny pogląd wyraża także i Dominici (32). Zdaniem Wolffa w sprawach zakaźnych, toczących się w jamie brzusznej, wysięk brzuszny musi zawierać wolną cytazę, gdyż znachodzące się w nim zarówno leukocyty, jakoteż i nabłonki (makrofagi) ulegają zwyrodnieniu oraz rozpadowi. U zwierząt przygotowanych śródotrzewnem wstrzyknięciem bulionu, fizyologicznego rozczynu soli kuchennej lub surowicy, pewną część ciałek białych pochłaniają wprawdzie makrofagi, ale inne ciałka białe rozpadają się pozakomórkowo; u takich zwierząt występuje silna fagocytoza mikrofagów przez makrofagi, oraz fagoliza pozakomórkowa jeszcze przed wprowadzeniem mikrobów do jamy brzusznej, a zatem, według teoryi Miecznikowa, mikroby powinny już tam zastać cytazę, która się uwolniła z rozpadających się mikrofagów. Wprawdzie ciałka białe, gdy nagromadzą się w wielkiej ilości, często pochłaniają mikroby, ale zjawisko to dla przebiegu i zejścia zakażenia nie ma rozstrzygającego znaczenia; często bowiem występuje ono dopiero wówczas, gdy walka ustroju z zarazkami jest już rozstrzygnięta w środowisku ciekłem mikrobów, po za komórkami, które je pochłaniają. W przejściowej odporności miejscowej występują zmiany zapalne. Przez rozszerzone naczynia krwionośne i limfatyczne może, zdaniem Wolffa, dopływać do danego ogniska zakaźnego dużo istoty uczulającej; istota ta znajduje się wprawdzie nietylko w sokach zwierząt uodpornionych, lecz również i w sokach zwierząt prawidłowych, ale u pierwszych w większej ilości; dlatego to występuje u nich bakteryoliza bardzo szybko, tak, że mikroby zostają zniszczone, zanim ilość powstających równocześnie endotoksyn doszła do najmniejszej ich dawki śmiertelnej. Wskutek bakteryolizy powstają istoty działające na leukocyty chemotaktycznie dodatnio; stąd silna leukocytoza miejscowa, która ma tylko to znaczenie, że świadczy o dokonanej wybitnej bakteryolizie, a względnie cytolizie.

Bukojemski w pracy nad leukocytozą i fagocytozą w zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym jamy brzusznej królików, przygotowanych wstrzyknięciem fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, stwierdza, że w zakażeniu tem od pierwszej niemal chwili po wprowadzeniu mikrobów do brzucha występuje wybitna ich fagocytoza, która słabnie dopiero przed śmiercią zwierzęcia. Pomimo to, że przez cały czas zakażenia wybitnej leukolizy w wysięku brzusznym nie spotykał, stwierdza Bukojemski, że mikroby, rozmnażając się w jamie brzusznej, równocześnie ulegają rozpadowi. Pozakomórkowe niszczenie mikrobów w jamie brzusznej odbywa się, według Bukojemskiego, w czasie, gdy nagromadziły się tam w znacznej ilości ciałka jednojądrzaste; stąd wyprowadza on wniosek, że istoty bakteryobójczej dostarczają tu limfocyty. Bukojemski uważa, że w sztucznem zakażeniu paciorkowcem występuje w obronie ustroju obok fagocytozy zarazków także i działanie bakteryobójcze soków ustroju; że jednak w warunkach naturalnych do obrony ustroju sama fagocytoza zupełnie wystarcza i że soki ustroju mogą tu odgrywać tylko rolę pomocniczą przez unieszkodliwianie jadów bakteryjnych.

W badaniach moich nad sztuczną odpornością miejscową jamy brzusznej królików i świnek morskich, przygotowanych wstrzyknięciem śródotrzewnem bulionu na zakażenie kałowe, we wszystkich doświadczeniach, o których wyżej była mowa, wydobywałem w różnych odstępach czasu z jamy brzusznej zarówno zwierząt przygotowanych, jakoteż i kontrolnych, nieco cieczy, którą badałem w preparatach mikroskopowych. W badaniach tych uwzględniałem obecność oraz zmiany ilościowe i jakościowe różnych postaci ciałek białych, obecność oraz ilość mikrobów wolnych w cieczy brzusznej, fagocytozę mikrobów przez mikrofagi i makrofagi, oraz zmiany mikrobów wolnych, świadczące o pozakomórkowem ich zwyrodnieniu, a względnie rozpadzie lub rozpuszczeniu, czyli o t. zw. bakteryolizie mikrobów wolnych. Sprawy osiadania ciałek białych na powierzchni narządów brzusznych oraz uchodzenia ich z jamy otrzewnej do różnych narządów wewnętrznych w różnych okresach zakażenia w doświadczeniach tych nie badałem, gdyż zwierzęta, do doświadczeń tych użyte, ze względu na główny wynik doświadczenia musiały być utrzymane przy życiu aż do naturalnego zejścia zakażenia. Główne wyniki tych badań są następujące:

U świnek morskich i królików, zakażonych śródotrzewnie zawiesiną własnego ich kału w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, już w pierwszych godzinach po zakażeniu ukazują się w cieczy brzusznej w miernej ilości limfocyty, które utrzymują się w niej w ciągu dłuższego czasu, wynoszącego niekiedy do 28 godzin; w tym samym mniej więcej czasie, niekiedy już w pół godziny po zakażeniu ukazują się w cieczy brzusznej mikrofagi, których przez kilkanaście, a niekiedy nawet przez kilkadziesiąt godzin coraz więcej przybywa, a których zaczyna ubywać dopiero po dłuższym czasie, wynoszącym co najmniej 40 godzin od zakażenia jamy brzusznej. Zwykle w kilkanaście godzin po zakażeniu, niekiedy jednak już wcześniej, ukazują się w jamie brzusznej makrofagi, zrazu nieliczne, których z biegiem czasu przybywa, a które zazwyczaj dopiero w późniejszych okresach zakażenia pożerają i strawiają w swojem wnętrzu mikrofagi, oraz znachodzące się w cieczy brzusznej krwinki czerwone. (Dok. nast.)

O jadach zwierzęcych.

Podał

Doc. Dr Ignacy Lemberger.

(Ciąg dalszy.)

Traszka (*triton cristatus*) również wytwarza w gruczołach skórnych wydzielinę gęstą, białą, która według Vulpiana i Capparelliego zawiera istoty jadowite. Z 300 traszek otrzymał Caparelli około 40 gm. wydzieliny, którą badał metodą Stass-Otta, przyczem stwierdził, że istota działająca przechodzi w eter z rozczynu kwaśnego, że istota ta nie zawiera azotu i że do rozczynu eterowego przechodziło jeszcze drugie ciało, oddziaływania kwaśnego, lotne w zwykłej ciepłocie. O naturze chemicznej tej istoty nic dokładniej nie wiemy. Działanie farmakologiczne tej istoty badał Caparelli na psach, królikach, świnkach morskich i żabach i stwierdził, że zwierzęta po podskórnem wstrzyknięciu wydzieliny ginęły wśród objawów

ze strony narządu krążenia i oddychania. Na krwinki czerwone działa jad traszek rozpuszczająco, podobnie jak jad ropuch. Ściślejszych badań w tym kierunku brak.

Z ropuchowatych znany i zbadany jest jad ropuchy zwykłej (*bufo vulgaris*), znajdujący się we wydzielinie gruczołów skórnych. Jadowitość tej wydzieliny znaną była już dawniej; już Nikander podaje, że »jeżeli ktoś spożyje napój, z ropuchy sporządzony, obrzmiewają jego kończyny, oddychanie przyspiesza się, a z ust jego wydobywa się niemiły zapach« Również późniejsi autorowie Ambroży Paré, Rondelet (1510—1590), opisują przypadki zatrucia jadem ropuchy u ludzi. Stwierdzenie naukowe jadowitości wydzieliny ropuchy zawdzięczamy dopiero badaniom Gratioleta i Cločza (1851) oraz Vulpiana (1854). Vulpian podaje, że w ½—1 godziny po wstrzyknięciu wydzieliny giną świnki morskie i psy. Przebieg zatrucia dzieli na 4 okresy: 1) okres podniecenia, 2) okres zwiotczenia, 3) okres wymiotów, 4) okres kurczowy śmiercią się kończący, u psów okresu kurczowego nie zauważył, śmierć nastąpiła u nich bez tego objawu. Ścisłe badania nad jadem ropuchy w kierunku chemicznym i farmakologicznym w nowszych czasach wykonał E. S. Faust. Autor wyosobnił z jadu tego istotę o działaniu naparstnicy t. zw. bufotalinę, a nadto drugą istotę. zbliżoną do pierwszej, lecz o wiele słabiej działającą t. j. bufoninę. Prawie równocześnie ogłosili Phisalix i Bertrand (*Compt. rend.* 136, 1902) pracę, z której wynika, że otrzymali z jadu ropuch istotę, bliżej nie określoną, którą nazwali bufoteniną; obecności jednak tej istoty w jadzie ropuchy Faust nie zdołał stwierdzić. Z pracy Fausta (*Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. 47, 278, 1902*), w której znajdujemy zebrane piśmiennictwo, dotyczące jadu ropuch, dowiadujemy się że bufonina ma wzór $C_{34}H_{54}O_{2}$, że jest ciałem krystalicznem, rozpuszczalnem w chloroformie, benzolu, gorącym wyskoku, trudno się rozpuszcza w eterze, a jeszcze trudniej w zimnym wyskoku i we wodzie; nie rozpuszcza się również w kwasach, ani w alkaliach. Druga istota, bufotalina, jest bezpostaciową, wzoru $C_{34}H_{46}O_{10}$, rozpuszcza się łatwo w chloroformie, wyskoku, kwasie octowym i acetonie, trudno się rozpuszcza w benzolu i we wodzie (2·5:1000), a wcale nie rozpuszcza się w eterze naftowym; w alkalicznych płynach, ługu sodowym, węglanie sodowym i amoniaku, rozpuszcza się bufotalina, tworząc sole. Działanie farmakologiczne bufotaliny odpowiada zupełnie działaniu świeżej wydzieliny gruczołowej ropuch, a posiada wspólne cechy z działaniem digitaliny. Działa zatem przedewszystkiem na serce i wszystkie wywołane objawy, z wyjątkiem miejscowych, należy odnieść do zmian w krążeniu, przez bufotalinę wywołanych. Wprowadzenie bufotaliny do ustroju zwierzęcego wywołuje wzrost ciśnienia krwi z powodu zwiększenia się pełności tętna i siły skurczu, przyczem narządy nerwowe serca nie doznają zmiany. Większe dawki bufotaliny upośledzają czynności serca wskutek zadziałania na mięsień i wywołać mogą ustanie czynności serca i śmierć zwierzęcia. Bufotalina natomiast nie działa na mięśnie kośćca, ani też po wstrzyknięciu nie wywołuje miejscowej ropowiny, jak się dzieje po digitoksynie. Bufotalina działa nadto drażniąco na błonę śluzową żołądka i jelit, a mianowicie podawana wewnętrznie, i wywołuje wymioty. Dawka śmiertelna bufotaliny dla zwierząt ssących wynosi 0·5 mg. na kilogram. Żaby giną w 10 minut po wstrzyknięciu 0·5 mg. bufotaliny. Bufotalina działa również na błonę śluzową nosa drażniąco i pobudza do silnego kichania. Bufonina działa jakościowo, jak bufotalina, różnica polega tylko na ilościowem działaniu, które jest znacznie słabsze. Faust utrzymuje, że bufonina tworzy przez utlenienie bufotalinę.

Bardzo obfituje w gatunki jadowite gromada gadów (*reptilia*). Należą tu dwa rzędy. węże (*ophidia*) i jaszczurkowce (*sauri*).

Węże znane są ze swej jadowitości od dawien dawna i znajdujemy też liczne o nich podania w piśmiennictwie, począwszy od Herodota, Aristotelesa, Pliniusa, Aeliana itd. Wszystkie te wiadomości są niejasne, sprzeczne, fantastyczne, oparte na podaniach ludowych, na zabobonie, pozbawione podstaw naukowych. Pierwsze badania naukowe znamy dopiero od połowy XVIII wieku w pracach Charasa, Redi i Fontany. Zachodzi pytanie, co należy rozumieć przez nazwę wężów jadowitych. Pytanie to dość trudne, bo ze stanowiska ściśle naukowego wężów »niejadowitych« właściwie nie znamy; wszystkie one wytwarzają w gruczołach, czyto prawie zanikłych, czyto silnie rozwiniętych, istotę, która jakościowo jednakowo działa, a różnica, i to olbrzymia, leży tylko w działaniu ilościowem. Gdybyśmy ustawili węże poszczególne w szeregu naturalnym, natenczas pierwszym w tym szeregu byłby znany jako »niejadowity« zaskroniec (*tropidonotus natrix*), który posiada gruczoły jadowe nadzwyczaj nikłe, wydzielające małą ilość jadu, nadzwyczaj słabo działającego — ostatnim zaś w szeregu byłby tarczak okularnik (*kobra-naja tripudians*) o silnie rozwiniętym gruczole jadowym, połączonym z zębem silnym, szczególnie zbudowanym, przystosowanym do zaszczepienia przeciwnikowi jadu, nadzwyczaj silnie działającego. Dlatego też nazwa »wąż jadowity« ma znaczenie czysto praktyczne i posługiwać się tą nazwą będziemy na oznaczenie wężów, zaopatrzonych w należycie rozwinięty narząd jadowy, przy pomocy którego węże te mogą wszczepić jad drugiemu osobnikowi, a więc czynnie jadem zadziałać.

Węże jadowite (*thanatophidia*) dzielimy na bróżdozębne (*proteroglypha*) i pustozębne (*solenoglypha*).

Oprócz tego zaliczamy do wężów jadowitych grupę wężów podejrzanych (*opistoglypha*, *»serpentes suspecti«*)

Węże podejrzane, (*serpentes suspecti*) były przez długi czas przedmiotem sporu między herpetologami, a w szczególności co do jadowitości. Szczególnie Schlegel (1830) uważał węże te za niejadowite, co znów zbijał C. L. Duvernoy (Strassburg). Stąd powstała obszerna, monumentalna praca Duméríla i Bibrona *»Erpétologie générale«*, w której autorowie te węże, opatrzone w tylnej części szczęki w zęby bróżdne, zaliczają do osobnej grupy *»opistoglypha«*. Stwierdzono niezbicie jadowitość wężów tej grupy: *malpolon lacertina*, *trimorphodon bisculatus*, *tarbophis vivax*, *tragops prasinus*, *leptodeira annulata*, *dryophis*, *xenodon severus*, *tropidanotus natrix* (zaskroniec), *zamenis mucosus* (gniewiec) i innych, a w szczególności. że trującą jest wydzielina ślinianki tych wężów dla małych zwierząt, dla ludzi zaś i większych zwierząt ukąszenie tych wężów nie jest szkodliwe, albo też nie pociąga za sobą groźnych skutków z tego powodu, że natężenie jadu jest słabe, a nadto, że ułożenie zębów jest niekorzystne dla wprowadzenia większych ilości jadu.

Ważniejsze dla nas są węże z grupy bróżdozębnych (*proteroglypha*), które wyposażone są w dwa silnie rozwinięte zęby, osadzone na szczęce górnej przed lub za zębami zwykłymi, od nich szczerbą oddzielone, opatrzone w głęboką brozdę od nasady aż do końca; nadto objęte są zęby tych wężów obszerną torbą, z dziąseł utworzoną, a brózda zębna stoi w związku z właściwym silnie rozwiniętym gruczołem jadowym. Do grupy tej zaliczamy:

1) Pławicowate (*hydrophinae*), odznaczające się spłaszczonem ciałem i prawie płaskim, wiosłowatym ogonem, zamieszkują wybrzeża Oceanu Indyjskiego i Spokojnego szczególnie strefy równikowej. Należą tu odmiany pławicy (*hydrophis cyanocincta*, *pelamoides*, *pelamis bicolor*, *platurus fasciatus*). Badania nad jadem tych odmian wykonali Leonard Rogers, T. R. Fraser i R. H. Elliot.

2) Zdradnicowate (*elapinae*) o ciele walcowatem, zamieszkujące przeważnie Indye i Indochiny, gdzie stanowią najniebezpieczniejsze odmiany wężów, z których przedewszystkiem gatunki *bungarus*, *naja i callophis* są postrachem krajowców. W szczególności należą tu gatunki: bongar (*bungarus fasciatus*) długości 1—1½ metr. ma najmniejsze zęby z wężów tej grupy; tarczak okularnik (*naja tripudians*) wyobrażony często na pomnikach Hindusów, do 2 m. długi, żyjący w Indyach wschodnich na Jawie i połud. Chinach; śmiertelność z ukąszeń tego węża obliczają na 25—30%; *opiophagus elaps* żyjący na Andamanach, wyspach sundajskich i Nowej Gwinei, według Fayera (*Thanatophidia of India, London*) najniebezpieczniejszy wąż Indyi wschodnich, dochodzący 3—5 m. długości; ukąszenie jego zabija słonia w 3 godzinach; wąż ten rzuca się również na ludzi.

Do odmian zdradnicowatych, żyjących w Afryce, należą: *sepedon haemachates Merr.*, która wypluwa jad na 1 metr daleko; jeśli jad dostaje się do oka ofiary, wywołuje zapalenie spojówki; *naja haja*, *»aspis«* starożytnych, okularnik egipski, zwany także wężem Kleopatry, czczony u starych Egipcyan; zęby jadowe ma silnie rozwinięte, do 6 mm. długie.

Australię zamieszkują gatunki *pseudechis porphyriacus*, *hoplocephalus curtus*, *acanthopis antarticus*, Amerykę zaś gatunki *elaps corrallinus*. W Europie nie ma tych wężów, jak wogóle niema tu wężów z grupy bróżdozębnych.

Do drugiej grupy wężów jadowitych należą pustozębne (*solenoglypha*), tu znów zaliczamy pokrewne grzechotnikowate (*crotalinae*) i żmijowate (*viperinae*).

Grzechotnikowate mają znamienną budowę głowy a mianowicie mają między oczodołem i nosodołem głęboką bró-

zdę. Do grupy tej należą gatunki *crotalus*, *lachesis*, *trigonocephalus*, *bothrops i trimeresurus*. Z nich grzechotnik (*crotalus*) odznacza się tem, że ma na końcu ogona grzechotkę, składającą się z łusek zrogowaciałych, wchodzących jedne w drugie; przy poruszaniu temi łuskami powstaje odgłos podobny do grzechotki. Węże te żyją jedynie w Ameryce, na ludzi się nie rzucają, chyba we własnej obronie; należy tu grzechotnik przepaskowany (*crotalus durissus*) i kaskawela (*crotalus horridus*).

Żmijowate (*viperinae*) mają przeważnie mniejsze zęby jadowe, a wyjątkowo dochodzą do wielkości grzechotnikowatych.

Odmiana *cerastes* (żmije rogowe) rozpowszechniona jest w Afryce. Z jadu gatunku *vipera arietans* przyrządzają Hotentoci truciznę do strzał.

Przedstawicielem odmian, żyjących w Europie, jest żmija zygzakowata czyli piskorowata (*vipera berus v. pelias berus*). Znaną jest w Europie północnej aż do 65° szerokości i do 2000 m. wysokości, a nie brak jej także we Włoszech, Hiszpanii i Portugalii. Odmiany jej, inaczej ubarwione, znane są pod nazwą czarnuchy (*vipera praester*) i miedzianki (*vipera chersea*). Żmije odróżniają się od niejadowitych naszych węży znamiennym rysunkiem grzbietu, ciemną linią podwójną zygzakowatą, ułożeniem wklęsłości na głowie w postać krzyża (stąd niemiecka nazwa »Kreutzotter«) oraz łuskami, włączonemi do tarcz ocznych. Żmije dochodzą do 75 cm. długości, zęby jadowe są 3—4 mm. długie i wydzielają naraz około 0·1 gm. jadu. Jako odmiany znamy żmiję redzką (*vipera asbis*), która żyje w kniejach, nad Morzem Śródziemnem położonych, oraz najniebezpieczniejszą żmiję piaskową (*vipera ammodytes*), którą już Dioscorides opisuje pod nazwą »Kenchros«, dochodzącą do 1 metra długości, a zamieszkującą Dalmacyę i Grecyę.

Gruczoły jadowe wężów leżą zwykle po obu stronach szczęki górnej, a są różnej wielkości i postaci. U niektórych wężów sięgają one aż do grzbietu, a u odmiany *callophis* leżą wśród jamy brzusznej, gdzie się ciągną przez $^1/_4$—$^1/_2$ długości zwierzęcia jako wydłużone gruczołowate narządy. Narządy jadowe wężów są co do budowy gruczołami groniastymi. Wydzielony z tych gruczołów jad gromadzi się w gronach oraz w przewodzie, uchodzącym u nasady zęba jadowego. Gruczoły otoczone są błoną włóknistą, w którą przechodzą ścięgna żwacza tak, że przy skurczeniu się tego mięśnia i przy współudziale innych, pod naciskiem przez nie wywartym, wyciśnięty zostaje jad z gruczołu. Węże niejadowite zaopatrzone są wprawdzie w podobne narządy, wydzielające wydzielinę mniej lub więcej jadowitą, jednak brak im zębów jadowych. Ilości jadu, wydzielane przez węże jadowite, wahają się w bardzo szerokich granicach i stoją w pewnym stosunku do wielkości zwierzęcia. Ilość jadu, wydzielonego naraz t. j. przy jednem ukąszeniu, zależy także od tego jaki czas upłynął pomiędzy ostatniem, a przedostatniem ukąszeniem, zależy jednak także od innych czynników, mianowicie od wpływów nerwowych, od siły ukąszenia, ciepłoty, otoczenia, ilości i jakości spożytych pokarmów oraz wody, a w końcu także i od tego, czy zwierzę znajduje się na wolności, czy też w niewoli. Według badań Mac Garvie Smitha, Calmettego i Feoktystowa wynoszą ilości świeżo wydzielonego jadu 65—1139 mg., zawierających 17—480 mg. suchej pozostałości. Największą ilość wydzieliny jadowej znaleziono u grzechotników, oraz u tarczaka okularnika.

Znaczenie fizyologiczne jadu wężów dla ich ustroju nie jest do dziś dnia dokładnie zbadane, zdaje się jednak, że jad wężów ma dla nich donioślejsze jeszcze znaczenie, aniżeli samą ochronę przed napastnikiem oraz broń do ubezwładnienia ofiary. Według badań różnych autorów zawiera jad wężów, ferment rozpuszczający białko (proteolityczny). Według Lacerdy, Werhmana i innych nie zawiera jad wężów fermentu dyastatycznego, ani też rozkładającego glikozydy. Z badań dotychczasowych można wnosić, że proteolitycznie działająca wydzielina gruczołu jadowego odgrywa u wężów, które wszystkie są zwierzętami mięsożernemi, pewną rolę w trawieniu. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr Med. St. Orłowski, Ordynator szpitala św. Jana Bożego w Warszawie. **Cierpienia układu nerwowego.** Warszawa, Wende i Sp. r. 1906.

Z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. dra Józefa Mianowskiego, wydany został w marcu r. b. podręcznik chorób nerwowych dra St. Orłowskiego. Jestto drugi już oryginalny podręcznik polski w tym dziale chorób. Pierwszy, napisany przez profesorów Domańskiego i Prusa, wyszedł w Krakowie w roku 1903, jako 1. i 2. zeszyt tomu I. »Nauki o chorobach wewnętrznych«, wydanej pod redakcyą prof. Walerego Jaworskiego.

Dr Orłowski w swojem dziele, które stanowić ma część pierwszą podręcznika chorób układu nerwowego, opracował »Choroby nerwów obwodowych« i »Choroby rdzenia kręgowego«. Okazałe to dzieło, obejmujące 419 stronnic druku, zawiera 186 rysunków w tekście i jedną tablicę.

Pierwszy rozdział poprzedzają ogólne wiadomości z anatomii, histologii, fizyologii i patologii doświadczalnej nerwów obwodowych, następnie idzie klasyfikacya cierpień układu nerwowego obwodowego i wreszcie opis poszczególnych cierpień: zapalenia nerwu i zapalenia »wielonerwowego«, porażeń obwodowych w dziedzinie nerwów mózgowych i rdzeniowych, nowotworów nerwów, kurczów, kurczów w obrębie rozgałęzienia się poszczególnych nerwów i wreszcie nerwobolów. Przed opisem porażenia nerwów obwodowych podaje autor w krótkości, a jednak dość wyczerpująco, za każdym razem niezbędne wiadomości z anatomii i fizyologii danego nerwu, co w znacznym stopniu przyczynia się do łatwiejszego zrozumienia opisanych dalej zmian chorobowych, i dla czytającego jest bardzo a bardzo korzystne. Znajdujemy tam nietylko przebieg danego nerwu, ale również i wiadomości odnoszące się do tego, jakie mięśnie i ewentualnie które części powierzchni ciała, czy błon śluzowych, dany nerw obsługuje. Pomysł to, jak powiadam, bardzo szczęśliwy, ułatwia on bowiem znakomicie zoryentowanie się za każdym razem w zmianach chorobowych.

Drugi rozdział, traktujący o chorobach rdzenia kręgowego, poprzedza opis budowy i zmian chorobowych rdzenia i opis czynności rdzenia zdrowego i rdzenia, chorobowo zmienionego. Szczegółowy opis cierpień rdzenia poprzedza krótka ich klasyfikacya. Najpierw idą cierpienia rdzenia układowe, dalej cierpienia rdzenia rozlane, wreszcie ciepienia osłon rdzeniowych.

Pomimo tego, że podręcznik Orłowskiego dość wyczerpująco omawia wszystkie ważniejsze wiadomości z zakresu dwóch wyżej wymienionych działów chorób nerwowych i uwzględnia nawet i najnowsze ustalone już zdobycze naukowe na tem polu, jest napisany przystępnie, zrozumiale, i czyta się z łatwością. A te zalety zapewnią mu niewątpliwie wielkie powodzenie. Drugą dodatnią stroną podręcznika jest stosunkowo obszerne uwzględnienie anatomii patologicznej cierpień układu nerwowego, objaśnionej odpowiedniemi rycinami.

Ujemną stroną podręcznika wydaje mi się jednak brak rysunków ręcznych z preparatów mikroskopowych. Mikrofotografia bowiem przedstawia nam tylko tę płaszczyznę preparatu, na jaką mikroskop jest w danej chwili ustawiony. Czyż w rzeczywistości na tem się ograniczamy? Przeciwnie, przy badaniu mikroskopowem co chwila przesuwamy śrubę mikrometryczną, to w jedną, to w drugą stronę, gdyż to jedynie umożliwia nam zrozumienie preparatu. Dlatego też rysunek, nie będący bezpośrednim ślepem odbiciem jednej, tylko przy danem nastawieniu widocznej płaszczyzny preparatu, lecz kombinacyą 2—3 najbliższych płaszczyzn preparatu jest dla czytelnika daleko zrozumialszym i o wiele więcej pouczającym. Stąd umieszczenie w podręczniku obok niewiele mówiących zdjęć fotograficznych, także i rysunków ręcznych wydaje mi się konieczne. Kilka rycin nie jest bez usterek, co nawet utrudnić mogłoby ich zrozumienie i czytelnika w błąd niekiedy wprowadzić, jak to n. p. stać się może z rysunkiem 9-tym na str. 12, przedstawiającym schemat pobudliwości elektromotorycznej na kończynie dolnej, gdzie górna część rysunku przedstawia nogę prawą, zaś dolna wygląda raczej na stopę lewą. Braki te, z których zapewne i sam autor nie jest zadowolony, dadzą się niewątpliwie przy następnem wydaniu z łatwością usunąć[1]).

[1]) Niech mi będzie wolno zwrócić jeszcze uwagę na użyte w podręczniku mianownictwo. W przedmowie oświadcza autor, że »starał się trzymać, o ile możności, ostatniego Słownika lekarskiego polskiego«; ponieważ jednak »pomimo nieocenionej wartości tego dzieła, niepodobna go uważać za wolne od zarzutów wszelkich«, ponieważ zdaniem autora, »niektóre terminy są utworzone niefortunnie, inne — nawet nieprawidłowo«, przeto autor »na używanie ich zdecydować się nie mógł«. Do takich mian »błędnych, nieudatnych, lub rażących ucho, zwłaszcza w Królestwie« zalicza autor np. »kiła, przymiot«, »zapalenie wielu nerwów«, używając zamiast pierwszych słowa »syfilis«, zamiast drugiego — miana: »zapalenie wielonerwowe«.

Dlaczego autor, mając do wyboru między dobremi, a równouprawnionemi polskiemi nazwami »kiły« i »przymiotu«, wybrał — obcą, upamiętnioną

Ważniejszym brakiem podręcznika dra Orłowskiego jest zbyt szczupłe i dość powierzchowne uwzględnienie zaburzeń czucia, spostrzeganych w przebiegu chorób nerwowych. Wprawdzie zaburzenia czucia są przy odpowiednich chorobach opisane, lecz to nam dziś już nie wystarcza. Jeżeli się uwzględni, że badanie czucia stanowi obecnie bardzo ważną część badania neurologicznego, i że już z samej topografii zaburzeń czucia na skórze nieraz na pierwszy rzut oka z łatwością odrazu rozstrzygamy, czy mamy przed sobą chorobę nerwów obwodowych, rdzenia, czy też mózgu, to przyznać trzeba, że ten dział badania neurologicznego nie znalazł w nowym podręczniku odpowiedniego uwzględnienia. Oprócz ogólnych tablic porównawczych topografii czucia na skórze nie spotykamy bowiem ani jednego schematu zaburzeń czucia w poszczególnych chorobach mózgu, rdzenia, czy nerwów obwodowych. Ten brak nie da się tak łatwo uzupełnić, jak poprzednio wspomniane, a jednak należałoby i to w przyszłości uczynić dla dobra czytelników.

Pomimo wyżej wymienionych niedokładności i niektórych braków, podręcznik dra Orłowskiego posiada bardzo wiele zalet i jest bardzo cennym nabytkiem dla naszego piśmiennictwa neurologicznego i oddawać będzie niewątpliwie wielkie usługi i słuchaczom medycyny i lekarzom. To też podpisany zaleca go swoim słuchaczom bardzo gorąco. *Prof. Jan Piltz.*

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. Giese. **Badania doświadczalne nad fragmentacyą mięśnia sercowego.** (*Virch. Arch.* 1906, T. 185, Z. 3). Autor po opisaniu zmian, zachodzących w mięśniu sercowym przy jego fragmentacyi, oraz po omówieniu dotychczasowych zapatrywań na znaczenie, przyczyny i sposób powstawania tego zjawiska, przytacza własne badania nad fragmentacyą mięśnia sercowego u królików. Badania te składają się z 2 szeregów doświadczeń; w pierwszym szeregu autor po zabiciu zdrowego królika wycinał natychmiast aseptycznie jego serce i przechowywał je również aseptycznie w cieplarce przy 37° C. lub też wprost w ciepłocie pokojowej. W przygotowanych w ten sposób sercach badanie mikroskopowe stwierdzało po pewnym czasie znikanie jąder i rozpad protoplazmy, nie wykrywało jednak ani śladu fragmentacyi nawet po 4—5 dniach w sercach pozostawionych w ciepłocie pokojowej, a po 2 dniach — w sercach, przechowanych w cieplarce. W drugim szeregu doświadczeń wstrzykiwał autor królikom do żył jeden z następujących 4 gatunków drobnoustrojów: *B. putrificus Bienstock*, *Clostridium carnis foetidum*, *Bac. saprogenes carnis*, *B. coli commune*, poczem zwierzę zabijano, wycinano mu aseptycznie serce, przechowywano to serce w cieplarce przy 30—35° C., po upływie zaś 12 godzin przenoszono serce do ciepłoty pokojowej; od zakażenia zwierzęcia do przeniesienia jego serca do cieplarki upływało zwykle 4—5 minut. W tym szeregu doświadczeń badanie mikroskopowe stwierdzało zawsze w sercach wybitną fragmentacyę, która, zależnie od gatunku wstrzykniętych drobnoustrojów, zjawiała się po upływie 5—40 godzin po śmierci zwierzęcia. Powstawanie tutaj fragmentacyi tłómaczy autor działaniem dwóch czynników, w pierwszym rzędzie działaniem mechanicznem wytwarzanych przez wstrzyknięte drobnoustroje gazów, w drugim rzędzie — działaniem chemicznem wstrzykniętych drobnoustrojów i ich jadów na spójność włókien mięsnych. Na podstawie tych badań dochodzi autor ostatecznie do wniosku, że zarówno u zwierząt, jak i u człowieka, fragmentacya mięśnia sercowego jest zjawiskiem pośmiertnem, a nie sprawą chorobową, rozwijającą się za życia. *Gliński*

Prof. Kimla. **Cystitis caseosa.** (*Virch. Arch.* 1906, Tom 186, Zeszyt 1). W pracy swej zwraca autor uwagę na mało znaną postać gruźlicy dróg moczowych, zwłaszcza pęcherza. Obok znanych powszechnie postaci gruźlicy pęcherza, rozwijającej się za pośrednictwem gruzełków (guzków Virchowa, jak je autor nazywa), i występującej tutaj już to w postaci mniej ważnej gruźlicy prosówkowej krwiopochodnej, jużteż w postaci gruźlicy wrzodliwej, przebiegającej przewlekle, spotykamy w pęcherzu niejednokrotnie jeszcze jedną postać — t. zw. przez autora *cystitis caseosa*. Ta postać gruźlicy pęcherza różni się od wszystkich innych postaci przedewszystkiem tem, że gruźlica tutaj rozwijać się ma niezależnie od tworzenia się gruzełków, a mianowicie gruzełki przy tej postaci nie wytwarzają się zupełnie, sprawa zaś polega na znacznym nacieku zapalnym w tkance z następowem bardzo rozległem zserowaceniem. W przypadkach tych mikroskopowo stwierdza się, zależnie od okresu sprawy, już to obecność niecharakterystycznego drobnokomórkowego nacieku zapalnego, już też całkowitego zserowacenia; zrzadka w częściach obwodowych spotkać można gromadki komórek okrągłych z jądrem ułożonem obwodowo, wyjątkowo zaś także twory olbrzymie, nigdy jednakże nie spotyka się gruzełków; w preparatach odpowiednio barwionych łatwo jest stwierdzić znaczną ilość prątków gruźliczych. Wogóle więc zdaniem autora w tych przypadkach sprawa chorobowa ma charakter ostrego zapalenia wysiękowego i pod wielu względami przypomina gruźlicze t. zw. serowate zapalenie płuc (*pneumonia caseosa*). Golem okiem w tem gruźliczem zapaleniu pęcherza (*cystitis caseosa*) dają się odróżnić 2 postacie: ogniskowa (*cystitis caseosa en plaques*) i rozlana (*c. c diffusa*), przyczem postać pierwsza niejednokrotnie przez zlewanie się poszczególnych ognisk przechodzi w drugą. Na potwierdzenie swoich zapatrywań przytacza autor dokładny opis 3 własnych spostrzeżeń takiego serowatego gruźliczego zapalenia pęcherza. (W uwadze do tej pracy redaktor Archiwum Orth dodaje od siebie, że jego zdaniem i w tych przypadkach podstawą sprawy chorobowej jest wytwarzanie gruźliczej tkanki ziarninowej, sprawa zaś zapalna wysiękowa ma znaczenie drugorzędne). *Gliński.*

MEDYCYNA WEWNĘTRNA. Ageron. **O bezskutecznem leczeniu piciem wód mineralnych w chorobach żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40). Jeżeli się przy tem leczeniu uniknąć chce zawodu, należy pamiętać o następującej zasadzie: gdy skutkiem niedowładu warstwy mięsnej żołądka napięcie ścian jego jest zmniejszone, nie należy choremu polecać po wypiciu wody przechadzki, ale przeciwnie zalecić położenie poziome. *Dr M. Godlewski.*

Moro. **Naturalne odkażenie przewodu pokarmowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 41). Stosowanie kalomelu jako środka, odkażającego przewód pokarmowy, nie jest dla ustroju obojętne, a w działaniu jest niepewne. Gdybyśmy jednak nawet potrafili z pomocą środków takich, jak np. kalomel, zabijać bakterye, nie byłoby dla ustroju korzystne. Środki te bowiem, niszcząc wszelkie gatunki bakteryi jednakowo, utrudniałyby rozrost bakteryi, stale zamieszkujących przewód pokarmowy, który w prawidłowych warunkach odbywa się na koszt bakteryi przypadkowo zabłąkanych, chorobotwórczych. Wspierając tedy liczebnie pierwszy rodzaj bakteryi przez wprowadzenie hodowli jakichś niewinnych bakteryi, zmniejszamy zarazem możność rozradzania się bakteryi chorobotwórczych. W tym celu wprowadza autor w postaci małych lewatyw agarową hodowlę prątka okrężnicy. Dotąd zdołał autor stwierdzić jedynie nieszkodliwość owego, logicznie uzasadnionego sposobu odkażania przewodu pokarmowego. Natura stosuje podobną metodę u noworodków, karmionych piersią matki. Wiadomo, że w stolcach tak żywionych noworodków *b. bifidus* wypiera wszystkie inne bakterye. Na bakteryę tę, dostającą się z zewnątrz, mleko kobiece działa jako zaczyn, pobudzając ją do tak bujnego rozrostu, że wszystkie inne gatunki bakteryi muszą temu gatunkowi ustąpić miejsca. Po 2—3 dniach żywienia człowieka dorosłego mlekiem kobiecem stolce jego nabierają tych samych własności, co stolce noworodków, kar-

wieloletnimi sporami na temat »ten«, »ta«, czy »to« »syfilis«; dlaczego używa przymiotnika »szyjowy« zamiast jedynie prawidłowego, — jak to wyczerpująco udowodnił Peszke, — »szyjny«, dlaczego mówi o porażeniu »ołowianem«, jakby »z ołowiu zrobionem«, »ciężkiem jak ołów« lub »barwy ołowiu« (por. Słownik warszawski Karłowicza); — dlaczego wreszcie podaje »próchnicę«, co powszechnie oznacza »*humus*«, a zamiast chorobowego »próchnienia« używane bywa niesłusznie i niepotrzebnie od bardzo niedawna, — tego autor nie tłómaczy. Twierdzenie, że nazwy »kiła, przymiot, szyjny, ołowicy, próchnienie« są »błędne lub nieudatne«, należałoby udowodnić, zanim się odrzuci te miana, latami uświęcone; tem mniej może zaważyć na szali podmiotowe zapewne wrażenie, że nazwy te (zdaniem autora) »rażą ucho, zwłaszcza w Królestwie.«

Najnowszy Słownik lekarski polski ma niewątpliwie braki i usterki, znane najlepiej jego autorom, jak to sami w przedmowie do Słownika podnoszą, ale chyba nie we wszystkich z tych nazw, które niepodobają się dr Orłowskiemu. Nie zamierzam zresztą tu o to się spierać; godzi się natomiast zapytać, czy nie lepiej byłoby dla sprawy ujednostajnienia słownictwa, gdyby autorowie, zwłaszcza w podręcznikach, uczynili na razie małą ofiarę ze swych upodobań terminologicznych, a krytykę mian, podanych w nowym Słowniku i tworzenie nowych (»kulszówka« ma oznaczać rwę kulszową; z równem prawem możnaby utworzyć »twarzówkę«, »nadoczodołówkę«, »trójdzielnówkę« i t. p.!) uzasadniali osobno odpowiedniemi wywodami w czasopismach naszych, zwłaszcza temi sprawami z wielkim pożytkiem umyślnie się zajmujących (jak »Krytyka lek.«). Wtedy nietrudno będzie obecne słownictwo poprawić zapomocą nowego wydania Słownika lub dodatkowego do niego zeszytu; natomiast, gdy się w dziełach odrazu i bez uzasadnienia wprowadzać będzie choćby tylko nieliczne... dowolności, wówczas zamiast ujednostajnienia gorszy powstanie zamęt, a zebranie materyału dla poprawniejszego wydania Słownika znacznie się utrudni. *Ciechanowski.*

mionych piersią matki; w stolcach rozwija się wtedy wyłącznie tylko *b. bifidus*. To też mleko kobiece uważa autor i u dorosłego za znakomity środek, odkażający przewód pokarmowy, mający w dodatku tę zaletę, że jest równocześnie znakomitym środkiem odżywczym.

Dr M. Godlewski.

Saathoff. **Tętniak tętnicy głównej na tle kiłowem i wczesne rozpoznanie tego cierpienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 42). Kiła jest zdaniem autora często przyczyną tętniaka. Wedle badań anatomiczno-patologicznych autora sprawa zajmuje pierwotnie naczynia odżywcze naczyń, których zwężenie lub całkowite nawet zaciśnięcie wywołuje stopniowy zanik warstwy środkowej tętnicy głównej, przez co nastaje stopniowe rozszerzenie tętnicy i wytwarza się tętniak. Skuteczność leczenia wymaga wczesnego rozpoznania. Ponieważ przez poddawanie się osłabionej ściany tętnicy wcześnie rozszerza się jej światło i skutkiem tego powstaje niedomykalność zastawek tętnicy głównej, należy wobec tej wady, ilekroć ona występuje u osobnika młodego, który zapalenia wsierdzia, ani gośćca stawowego nie przebywał, myśleć zawsze o tle kiłowem i swoiście leczyć. *Dr Maryan Godlewski.*

Kayser. **W sprawie używania pożywki żółciowej do hodowania prątków durowych ze krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 40). Właściwość żółci utrudnienia krzepnięcia krwi, chociaż niewątpliwa, ma zdaniem autora w sprawie wyhodowania bakteryi durowych niewielkie znaczenie. Natomiast ułatwia ogromnie wzrost bakteryom durowym ta okoliczność, że żółć przeciwdziała bakteryobójczemu działaniu surowicy krwi. Zdaniem K. trzeba zawsze zwracać uwagę, aby żółci było w stosunku do ilości krwi dość dużo. Dodawanie różnych ciał chemicznych do żółci w celu powstrzymania rozwoju innych bakteryi uważa K. za zbyteczne, mieszanina bowiem żółci ze krwią nie sprzyja rozwojowi innych bakteryi, prócz durowych i paratyfusowych. *Dr M. Godlewski.*

Margosches J. **O leczniczej wartości fersanu.** (*Medizinische Blätter* 1906, Nr 26). Rozpatrzywszy pokrótce działanie żelaza na ustrój i zapatrywania ró-żnych autorów na tę sprawę, donosi M. o szczegółowych doświadczeniach swoich z fersanem w postaci proszku i pastylek. Wynika z nich, że fersan znoszą chorzy dobrze, że środek ten działa wzmacniająco, a w szczególności, że wzmaga apetyt i podnieca narządy krwiotwórcze. Do leczenia błednicy i niedokrwistości nadaje się fersan bardzo dobrze, sprowadzając znaczną poprawę składu krwi nawet w ciężkich przypadkach. Zaletą tego przetworu jest to, że jako ulegający wessaniu białkan żelazisty stanowi niejako sam przez się środek odżywczy, nie obciążający żołądka. *Ms.*

Jaquet. **W sprawie objawów miażdżycy brzusznej.** (*Corresp. Bl. f. schw. Ärzt.* Nr 16, 1906). Trafne rozpoznanie miażdżycowego bólu brzucha ma bezpośrednią doniosłość praktyczną, gdyż na ból tej przyrody morfina i belladona często nie działają dostatecznie, bywają zaś tu skuteczne nieraz środki, używane przeciw dusznicy bolesnej i wogóle przeciw dolegliwościom, wywołanym przez miażdżycę. W swoich przypadkach stosował J. za wzorem Lauder-Bruntona azotan potasowy z azotynem sodowym (*Rp. Kalii nitrici, 4·0, Natrii nitrosi 2·0, Mf. pulv. S. szczyptę* (na koniec noża) *rozpuszczoną w wodzie rano naczczo zażyć*), oraz jodek potasu z zadowalniającym skutkiem. Działania ubocznego nie było. Równie dobrze, a może i lepiej, zdają się działać przetwory teobrominy (diuretyna, aguryna). Dobrze przytem jest stosować ciepło (gorące okłady, ogrzewacze na brzuch). Sposób życia należy uregulować. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Likudi. **Weronal i jego znaczenie lecznicze.** (*Russkij Wracz* 1906, Nra 38—39). Autor badał działanie weronalu, jako środka nasennego, na 78 chorych w klinice prof. Fawickiego w Petersburgu. Wnioski autora są następujące: 1) Weronal jest jednym z najlepszych nasennych środków; jest nieszkodliwy i działa prawie napewno (w 78 prc.). 2) Średnia dawka dla kobiet wynosi 0,3 grm., dla mężczyzn 0,5 grm. 3) Sen pod wpływem weronalu następuje zwykle w ciągu ½ godziny, trwa 6—9 godz. (w 73 prc.) i bardzo przypomina sen prawidłowy. 4) Nasennemu działaniu weronalu przeszkadzają bóle, utrudnienie oddechu i znaczna gorączka (wyżej 39°). 5) Najlepsze skutki sprawia weronal przy chorobach nerwowych, (przeważnie czynnościowych), i przy czasowej bezsenności, jeżeli ona nie zależy od głębokich organicznych zmian. 6) Przy długotrwałem (ponad tydzień) użyciu weronalu powstaje przyzwyczajenie; z tego powodu można środek ten podawać przez 3 dni, a potem należy robić częste przerwy. 7) Z działań ubocznych weronalu najczęściej spotyka się zawroty (10,2 prc.) i bóle głowy (7,7 prc.) nazajutrz po przebudzeniu. 8) Weronal, oprócz nasennego działania, wstrzymuje także nocne poty: w tym celu trzeba go podawać długi czas; i tu nastaje przyzwyczajenie, lecz daleko później, tak że n. p. dawka (0,3) po tygodniu przestaje działać nasennie, lecz jeszcze wstrzymuje poty. 9) Po wodaniechloralu jest weronal najtańszym środkiem nasennym. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

NEUROLOGIA. Babiński. **Moje pojmowanie histeryi i hipnotyzmu.** (*Wykład w »Soc. de l'Internat« w Paryżu*, 28 czerwca 1906). Pominąwszy starożytne pojęcie histeryi, jako choroby, zależnej od macicy, oraz bardzo rozpowszechnione jeszcze pojęcie histeryi, jako takiej nerwicy, która może wywołać wszelakie objawy, zdarzające się w najróżniejszych innych chorobach, roztrząsa B. krytycznie to pojęcie kliniczne histeryi, jakie dziś większość neurologów uważa za naukowo ustalone. Według tego pojęcia byłaby histerya nerwicą, znamionującą się pewnemi cechami stałemi, („stigmata"), obok których mogą występować objawy przelotne różnorakie. Do cech stałych (znamion) histeryi zaliczano: znieczulenie gardła, znieczulenie połowicze zmysłowo-czuciowe, (zniesienie lub osłabienie różnych rodzajów czucia, osłabienie jednostronne zmysłów, szczególnie wzroku ze zwężeniem pola widzenia i dyschromatopsyą) i punkty bolesne (na głowie: „gwóźdź" histeryczny, nadczułość jajników). Do dołączających się objawów przejściowych, których histeryczna przyroda widoczna jest z tego, iż powstają i znikają nagle, wzajemnie się zastępują i nie wpływają na stan ogólny, zaliczano: napady histeryczne, porażenia, przykurczenia, bezgłos, niemotę. Niektórzy zaś lekarze zaliczali do tego jeszcze wiele innych objawów, jeżeli tylko powstawały one obok istniejących znamion histerycznych; stąd to pochodzą opisy rwy nerwowej histerycznej, obłędu histerycznego, histerycznej nieruchomości źrenic, a nawet zgorzeli i gorączki histerycznej. Otóż B. wywodzi, że z t. zw. znamion histerycznych żadne nie jest stałym i koniecznym objawem histeryi; „znamiona" te są, według osobistego doświadczenia B., zawsze tylko skutkiem poddawania lub samopoddawania i nie występują wcale u chorych, nawet ciężką histeryą dotkniętych, jeżeli tylko chorzy ci nie widzieli nigdy innych chorych ze „znamionami", a lekarz przestrzega przy badaniu stosownych ostrożności. Tak np. B. nie zapytuje chorych przy badaniu czucia nigdy, czy „czują, co badający robi", lub czy „po jednej stronie ciała czują równie dobrze, jak po drugiej", lecz tylko „co czują", unikając przez to jak najstaranniej, choćby cienia poddawania. Podobnie przy badaniu pola widzenia zapomocą perymetru przestrzega B. stosownych ostrożności. Tak badając, przekonał się B., że stałych znamion histerycznych — w rzeczywistości niema, że pojawiają się one tylko jako wynik poddawania lub samopoddawania. Podobnież w przejściowych, dodatkowych objawach histeryi nie są swoistemi te cechy, które za takie uważano, jak n. p. nagłe powstawanie i znikanie. Wszak n. p. kolka nerkowa, wiądowe napady żołądkowe powstają również nagle i nagle znikają, chociaż nie są objawami histerycznymi.

Na podstawie tych i innych spostrzeżeń podaje B. odrębne określenie histeryi. Jestto, jego zdaniem, szczególny stan psychiczny, objawiający się przypadami pierwotnymi, tem się cechującymi, że można je u pewnych osób wywołać zapomocą poddawania (= „suggestion" rozumie B. jako poddawanie rzeczy nierozsądnej) i usunąć zapomocą poddawania (= „persuasion" rozumie B. jako poddawanie rzeczy z rozsądkiem zgodnej), oraz zaburzeniami następowemi, zależnemi od pierwotnych. [Naprzykład pierwotnym przypadem histerycznym jest niedowład mięśniowy histeryczny, następowym — zależny od nieczynności niedowładnych histerycznie mięśni ich zanik]. Wszelkie inne objawy, zdarzające się w histeryi, nie są zdaniem B. wywołane przez tę chorobę, lecz są albo wynikiem skojarzeń histero-organicznych, albo też przypadkowem, od rozmaitych powikłań zależnem zjawiskiem. To też B. przeczy istnieniu „histerycznej" zgorzeli, gorączki i t. d., a to na podstawie własnych doświadczeń, wykonywanych w jaknajlepszych warunkach, z wynikiem jednak zawsze ujemnym. — Wyłączając z histeryi wszystkie te objawy, których nie można wywołać przez poddawanie, nie uważa jednak B., jak to niektórzy autorowie czynili, histeryi za chorobę udawaną; stwierdza tylko, że oprócz histeryków „szczerych" są i tacy, którzy dowolnie umieją udawać te objawy, jakie z początku były u nich skutkiem poddawania lub samopoddawania. Okoliczność ta, że wszystkie objawy histeryi, jak ją pojmuje B., można przy pewnej wprawie doskonale naśladować, ważną jest ze względu na badania np. sądowolekarskie przypadków nerwic t. zw. urazowych. Szczerzy, nie udający histerycy, nie tracą nigdy całkowicie świadomości pełnej, — są raczej w stanie półświadomości („subconscience").

Ograniczając pojęcie histeryi, zwiększa zarazem B. jej pokrewieństwo z pojęciem hipnotyzmu. Hipnotyzm jestto, jego zdaniem, taki stan psychiczny, który czyni dotkniętą nim osobę przystępną poddawaniu osoby drugiej: objawia się zaś przez przypady, które poddawanie („suggestion") wywołuje i poddawanie („per-

suasion“) usuwa, a które w swej istocie nie różnią się od przypadków histerycznych. Hipnotyzowanie przeto, według takiego pojmowania rzeczy, jest wywoływaniem zjawisk histerycznych, a zatem wywoływaniem stanu chorobowego. Jakże więc z tem pogodzić używanie hipnotyzmu w celach leczniczych? Zgodnie ze swojem pojęciem histeryi i hipnotyzmu uważa też B. rzeczywiście, że hipnotyzowanie może być szkodliwe, albowiem musi ono u hipnotyzowanego wywołać wyobrażenie, że jest on chory, że nie może się oprzeć woli cudzej; — dlatego należy, — i to jest praktyczny wynik stworzonego przez B. określenia histeryi i hipnotyzmu — unikać w zasadzie hipnotyzowania w celach leczniczych. B. uzyskuje też zupełnie dobre wyniki, obchodząc się zupełnie bez hipnotyzmu. — u osób inteligentnych przez racyonalną psychoterapię (na jawie), przez ćwiczenie ich woli; — u chorych mniej inteligentnych działa B. — również bez hipnotyzowania — w ten sposób, że stara się „wmówić“ w chorego pewność wyleczenia zapomocą środków, jakie lekarz ma w ręku (wzbudzić „wiarę“ w te środki). Jedynie tylko wobec przypadków histeryi bardzo uporczywej u chorych, wobec wszelkich zabiegów leczniczych nastrojonych sceptycznie, używa B. hipnotyzowania. Działanie hipnotyzowania jest tu takie, że chory niedostępny ani racyonalnej psychoterapii, ani „wmawianiu“ na jawie, i dlatego nie mogący się pozbyć np. porażenia histerycznego jednej kończyny, staje się przez hipnotyzowanie wrażliwym, a to zapomocą półświadomie powstającego wniosku, iż lekarz, który dowolnie może u niego wywoływać i usuwać porażenia innych jeszcze kończyn, potrafi chyba również usunąć owo najdawniejsze, samorodne porażenie, które wydawało się choremu niewyleczalne. — Widać stąd, że w leczeniu histeryi zależy wszystko od przenikliwości lekarza, umiejętności zajrzenia w duszę chorego i dobrania odpowiedniego postępowania.

Do swego pojmowania histeryi radby B. zastosować i nazwę tej choroby; dlatego na miejsce jej starej, nielogicznej nazwy proponuje nazwę: „pithiatisme“, od πειθώ (wmawiam) i ϊατος (wyleczalny). *C.*

Cornelius. **Obieg nerwowy.** (*Allg. Deutsche Central-Ztg.* Nr 36, 1906). Autor dochodzi do następujących wniosków: Dotychczasowe badania nie wykryły jeszcze anatomicznego węzła, łączącego cały układ nerwowy w jednolitą i zamkniętą budowę, wobec tego należy opierać się na obrazie klinicznym. C. wnosi z niego, że w układzie nerwowym istnieje w sobie zamknięty obieg nerwowy, nie mający zakończeń ani w ośrodkach, ani na obwodzie, podobnie, jak nie ma ich obieg krwi. Ten obieg nerwowy wiąże wszystkie komórki w jedną całość. W obiegu tym krąży coś dokładnie nieznanego, jakiś prąd, którego fale mają pewne podobieństwo do fal dźwiękowych, ale też z innych względów znacznie się od nich różnią, tak jak i od fal elektrycznych. W każdym nerwie krąży prąd zarówno dośrodkowy, jak i odśrodkowy; pierwszy jest istotą zjawisk czucia, drugi — ruchu i wydzielania. Napięcie prądu nerwowego składa się z napięcia wrodzonego niezmiennego i napięcia, wywołanego przez sumę bodźców, działających na ustrój z zewnątrz, ustawicznie się zmieniającego. Tak zwane zjawiska zwrotne, powstające przy najdrobniejszych nawet bodźcach, są przeniesieniem podniety, trafiającej jedno miejsce zamkniętego obiegu, na inne jego części. Znane są przeniesienia podniet z każdej części obiegu nerwowego na każdą inną; niektóre przeniesienia podniet odbywają się łatwiej, niż inne. Działające na ustrój czynniki szkodliwe udzielają się przedewszystkiem obiegowi nerwowemu, wywołując w nim przeszkody, które objawiają się znamiennie t. zw. punktami nerwowymi. W zabiegach (mechanicznie) skierowanych na te punkty nerwowe, dopatruje się C. środka, mającego przyszłość w leczeniu chorób nerwowych. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

CHIRURGIA. Franke. **O pierwotnej gruźlicy śledziony.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 41, 1906). Pierwotna gruźlica śledziony jest cierpieniem rzadkiem, ale nie wyjątkowem. Zwykle następowo zajętą zostaje przytem i wątroba. Opisany przez autora przypadek jest dziesiątem z rzędu (w piśmiennictwie) wycięciem śledziony z powodu gruźlicy. Gruźlica rozwija się w śledzionie w postaci rozsianych gruzełków, lub też większych serowatych ognisk. Cierpienie przebiega przewlekle, bez gorączki. Pewnych objawów rozpoznawczych nie ma; do częstych należą: zwiększenie się ilości krwinek czerwonych, zmniejszenie się ilości płytek krwi, zwiększenie się ilości krwinek białych wielojądrzastych i sinica. Pewne wskazówki dać może próbne wstrzyknięcie tuberkuliny, a wreszcie próbne otwarcie brzucha. Wycięcie gruźliczej śledziony daje dość dobre wyniki. *Klęsk.*

Manasse. **Niedrożność jelit z powodu zamknięcia lewego zgięcia okrężnicy.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 41, 1906). Z okazyi własnego spostrzeżenia zwraca autor uwagę na niedrożność jelit wskutek załamania okrężnicy w okolicy zgięcia śledzionowego. Załamanie to wywołuje najczęściej zrosty okrężnicy z przeponą. Rokowanie powinno być poważne. W wywiadach wspominają chorzy o kolkach, rozpoczynających się zawsze w jednem miejscu. Leczenie może być jedynie operacyjne, a mianowicie złączenie okrężnicy poprzecznej z zstępującą, w razie osłabienia chorego odbyt sztuczny. *Klęsk.*

Sudeck. **W sprawie techniki oszołomienia eterowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 41, 1906). Autor zmieniwszy swe zapatrywanie na wywoływanie oszołomienia eterowego, radzi obecnie zacząć uśpienie tak, jak każde inne kroplami, gdyż doświadczenie dowodzi, że i przy tem występuje oszołomienie, w którem można swobodnie operować, poczem wraca znowu świadomość na chwilę, a znika ponownie przy głębokiem uśpieniu. Dawniej oszołomienie radził autor osiągać przez podanie naraz na masce 30—50 gr. eteru. Uważa to jednak za sposób zbyt brutalny; podając eter kroplami można to samo osiągnąć, trzeba jednak tę chwilę oszołomienia uchwycić, (badając czucie). W stanie tym wprawdzie chorzy mówią, nieraz krzyczą, ale zupełnie nic nie pamiętają i nie wiedzą o operacyi. *Klęsk.*

Müller. **O skutkach usuwania błony mięsnej przewodu pokarmowego.** (*Zjazd lek. i przyr. niem. w Stuttgardzie* 21/IX 1906). Müller usuwał psom błonę mięsną z żołądka i kiszek i przekonał się, że mimo to stolec odchodził prawidłowo. Udawało się to usuwanie błony mięsnej na dużej nieraz przestrzeni. Przy autopsyi znajdowano zrosty ogołoconych kiszek. Wobec tego na miejsce teoryi porażnej niedrożności kiszek musi się znaleźć inne tłómaczenie. Po usunięciu warstwy mięsnej żołądka stwierdzał M. znacznie zmniejszoną sprawność ruchową żołądka, niedowład i wzmożone wydzielanie. U psa zjawiał się wolny kwas solny, (czego zwykle nie ma). *Klęsk.*

Hermes. **W sprawie niedrożności jelit na tle kamieni żółciowych.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 40, 1906). Przypadki niedrożności jelit wskutek zatkania przez kamienie żółciowe nie są częste. Dotyczą one zwykle osób w podeszłym wieku. Często w wywiadach niema żadnych wskazówek co do kamicy żółciowej, zwykle wspominają chorzy tylko o przebytych cierpieniach żołądkowych. Przy operacyi znajduje się najczęściej kamień, nawet nie bardzo duży, a tylko jelito kurczy się koło niego odruchowo. Czasem jednak spotkać można i kamienie większe, wywołujące owrzodzenia i odleżyny, jak to było w jednym z trzech przypadków autora. Do operacyi wobec zwykle podeszłego wieku chorych nadaje się najlepiej znieczulenie lędźwiowe. *Klęsk.*

Maas Hermina. **Nowa opaska brzuszna do prania.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 40, 1906). Opaska, podana przez autorkę, ma tę zaletę, że zrobiona jest z materyału, dającego się łatwo prać i nie kurczącego się po praniu, dalej ma bardzo mało klamer i zapinadeł, leży silnie i nie obsuwa się. W miejsce pasów udowych dodała autorka opaskę, używaną u kobiet podczas peryodu i boczne podwiązki, nie dozwalające opasce posuwać się ku górze. Opaskę zakłada się tylko u chorych leżących z miednicą podniesioną. Cena 16—20 marek. *Klęsk.*

Schubert. **Przyrząd do usypiania z urządzeniem do dawkowania środka usypiającego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 40, 1906). Autor sporządził przyrząd, dozwalający dokładnie dawkować ilość środka usypiającego i regulować dopływ świeżego powietrza. Składa się on z maski, przylegającej ściśle do twarzy z wentylami na wdech i wydech i dwóch naczyń, połączonych z maską zapomocą rurki, rozgałęziającej się na końcu do obu wspomnianych zbiorników. Z tych jeden zawiera środek usypiający, a drugi wodę. W naczyniu z wodą znajduje się 8—10 rurek, które w miarę zamykania wpuszczają większą lub mniejszą ilość powietrza do naczynia, a przez to i do maski. Ponieważ maska przylegać musi ściśle do twarzy, przeto podał autor także proste zaciskadło, utrzymujące język stale w dogodnem dla oddechu położeniu. Przyrząd wypróbowano przy 50 uśpieniach eterowych z zupełnie dobrym wynikiem. Ilość spotrzebowanego eteru w pierwszej godzinie 30—150 grm., potem znacznie mniejsza. Stan tolerancyi po 10 minutach. Oddech śledzić można z daleka po bulkotaniu w naczyniach, dlatego też usypianie tym przyrządem powierzyć można nawet laikowi. Maskę zapina się na twarz i chory sam usypia. Przyrząd jest bardzo prosty: ze skali na naczyniach odczytuje się dawkę; przytem jest przyrząd o wiele tańszy od wszystkich innych dotąd podanych. Wyrabia go Herman Haertel we Wrocławiu. *Klęsk.*

Frankel. **O leczeniu stawów wrzekomych i sztucznem ich tworzeniu.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 43, 1906). Stawy wrzekome po złamaniach lub operacyjnych przecięciach kości tworzą się nierzadko, a powstawanie ich przypisuje autor skręcaniu się podwójnych kości koło siebie; stąd częste stawy wrzekome na przedra-

mieniu i goleni. Opatrunek gipsowy temu skręcaniu się zapobiedz nie może, dlatego też autor radzi n. p. na przedramieniu odświeżać obie kości klinowato i łączyć je prostopadle, t. j. na jednej szew zakładać poziomo, na drugiej zaś pionowo. Jedynie dobre złożenie kości uchronić może od wytworzenia się stawu wrzekomego lub wyleczyć staw wrzekomy; wszelkim innym sposobom autor nie ufa. Ponieważ stawy wrzekome na przedramieniu tworzą się bardzo łatwo, radzi przeto autor wytwarzać je sztucznie celem leczenia zesztywnień stawowych, zwłaszcza ręki. Naprowadziło go na to własne doświadczenie w pewnym przypadku, w którym nieoczekiwany staw wrzekomy kości łokciowej wrócił ręce zupełną ruchomość.
Klęsk.

* * *

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 30 października 1906.

1) Pruszyński mówił **„O rozbiorze osmotycznym cieczy ustroju“** i przedstawił służące do tego celu przyządy.

2) Palmirski wykładał **„O wpływie surowicy przeciwpłoniczej na przebieg płonicy u dzieci“.** W szpitalu dziecięcym warszawskim od 1/VII 1904 do 1/X 1906 na 142 przypadki płonicy, leczonej surowicą, zapaleń nerek było 4 (2,8 prc.), zapaleń ucha środkowego 16 (11,2 prc.), ropienia gruczołów podszczękowych 20 (14 prc.). Wysypek posurowiczych było 15 (10,5 prc.). Ogólna odsetka śmiertelności u leczonych surowicą 30,9 prc., u nieleczonych 21,8 prc. Jeżeli jednakże zestawić jedynie przypadki nieleczone, a równie ciężkie, jak te, które leczono, to odsetka wyniesie 54 prc. Przy tem zapalenie nerek nastąpiło w 15,4 prc., zapalenie ucha w 11,4 prc., ropienie gruczołów podszczękowych w 9 prc. Zauważonego w okresie badań jakby osłabienia siły leczniczej surowicy, stwierdzić ściśle nie było można dla braku jednostki mierniczej. Wnioski: surowicę należy stosować jaknajwcześniej; wpływ jej na poprawę ogólnego stanu, tętna i spadek ciepłoty ciała występuje wyraźniej w przypadkach bez powikłań; surowica wyraźnie zmniejsza częstość zapalenia nerek.

Dyskusya. Polikier podnosi, że dopóki nie będzie ścisłego sposobu określania siły surowicy przeciwpłoniczej, dotąd nie można wysnuwać żadnych wniosków o leczniczem jej działaniu. Dąbrowski W. i Drabczyk wypowiadają się nieprzychylnie dla surowicy. Żebrowski Al. sądzi, że wobec braku środków leczniczych przy płonicy surowicę przeciwpłoniczą stosować należy tembardziej, że nie wywołuje ona żadnych ubocznych szkodliwych następstw. Zieliński Kazimierz w niektórych przypadkach ciężkiej płonicy stwierdzał niewątpliwie dodatni wpływ surowicy przeciwpłoniczej; jednakże spostrzegał i takie, gdzie przy bardzo lekkim przebiegu po wstrzyknięciu surowicy w pierwszym dniu choroby następowało pogorszenie ogólnego stanu, jak i poszczególnych objawów chorobowych. Anders zaznacza, że do r. 1905 spostrzegał bardzo dodatni wpływ surowicy na przebieg płonicy, od tego jednakże czasu surowica często nietylko nie polepszała przebiegu, lecz nawet często go pogarszała. Obecnie mówca surowicy nie stosuje wcale. Korzon przytacza swoje spostrzeżenie, w którem surowica, bardzo wcześnie zastosowana, zdawała się wywoływać nasilenie objawów chorobowych. Roszkowski wpływ dodatni surowicy zauważył tylko w bardzo niewielu przypadkach płonicy.
Ign. L.

Posiedzenie z dnia 6 listopada 1906.

1) Karwacki L. przedstawił hodowle i preparaty drobnowidowe **laseczników kwasu mlecznego** (szczep bułgarski), oraz wyrabiane przez siebie, zapomocą tych hodowli, **mleko kwaśne,** poruszając zarazem sprawę mleka Miecznikowa i jego wskazań w praktyce.

Grundzach podnosi, że florę kiszkową można nieraz zmienić przez zmianę pożywienia na pewien czas. Żywotność laseczników bułgarskiego musi być znaczna, skoro skutek ten osiągać się daje bez zmiany pożywienia. Mówca spostrzegał często przypadki ciężkiej biegunki, która nie ustępowała od żadnych środków leczniczych, a znikała jednakże po zastosowaniu pożywienia wyłącznie roślinnego, które zmniejszało gnicie w kiszkach.

2) Skłodowski i Swiątecki W. przedstawili dwudziestokilkoletnią dziewczynę, **dotkniętą licznymi brodawczakami jamy ustnej.** Błona śluzowa warg, policzków, podniebienia, brzegów języka, a także górnej części krtani pokryta jest niezliczonem mnóstwem drobnych guzków, o średnicy 2—5 milm. u podstawy, dość płaskich, barwą nie różniących się od błony śluzowej prawidłowej. Choroba rozpoczęła się przed 5 laty. Przed wystąpieniem guziczka chora uczuwa w danem miejscu pieczenie; w pierwszych tygodniach guziczek taki jest nieco bolesny.

3) Rosenberg przedstawił przypadki: *a)* **lichen ruber accuminatus** i *b)* **ichthyosis simplex.**

4) Żebrowski Al. mówił **„W sprawie uleczalności i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego“.** Ze spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadków wysnuwa mówca następujące wnioski: 1) Ropnica pochodzenia usznego przebiega pod najróżnorodniejszemi postaciami. Zabiegi operacyjne należy modyfikować stosownie do nasilenia choroby i do zmian anatomiczno-patologicznych, znalezionych podczas trepanacyi. 2) Całkowite usunięcie ogniska chorobowego z kości skroniowej i obnażenie zatoki poprzecznej częstokroć zupełnie wystarcza dla wyleczenia ropnicy. 3) Wielowartościowa surowica przeciwpaciorkowcowa może nieraz wywrzeć nader pomyślny wpływ na przebieg pooperacyjny ropnicy pochodzenia usznego. 4) Brak bolesności wyrostka sutkowego przy sprawach ropnych w uchu środkowem nie może stanowić przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego. 5) Wystąpienie objawów zakrzepu zatoki jamistej należy uważać za oznakę zbliżającej się śmierci, wszelkie zaś próby operacyjnego otwarcia zatoki jamistej należy uznać za niedozwolone.

Heiman F. znajduje w tym wykładzie potwierdzenie swego spostrzeżenia, że ropnica pochodzenia usznego, która wytwarza przerzuty w narządach obwodowych (stawy, mięśnie itp.), pozwala rokować daleko lepiej, niż ropnica z przerzutami do płuc i innych narządów wewnętrznych. Zastosowane przez Grunerta i Vossa otwierane opuszki żyły szyjnej wewnętrznej w celu usunięcia z niej zakrzepów, nie dało, jak dotąd, zadowalniających wyników.
Ign. L.

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 16. listopada 1906 r.

1) Dr Wolfson przedstawił **wyniki leczenia ropnego zapalenia gruczołu sutkowego** u kobiet (*mastitis*) według **metody Bier-Klappa.** Wyniki otrzymał W. w 16 przypadkach bardzo dobre; zupełne wyzdrowienie następowało w 6—8 dni. Lekarze wileńscy stosowali metodę Bier-Klappa również w ropowicach i czyrakach, ale bez powodzenia.

2) Prezes Towarzystwa dr A. Wojnicz zawiadomił, iż zarząd miejski zwrócił się do Tow. lek. z prośbą o rozstrzygnięcie, jaką wodę pod względem zdrowotnym uznaje dla projektowanych **wodociągów miejskich** za odpowiedniejszą, czy filtrowaną rzeczną z Wilii, czy też wodę ze studni artezyjskiej w ogrodzie pobernardyńskim.

Dr Wojnicz przedstawia opracowany przez siebie referat w tej sprawie: Według dokonanych przez niego badań wody z Wilii, wziętej o kilka wiorst wyżej miasta i porównania jej z wodą kilkunastu rzek europejskich i amerykańskich, woda z Wilii pod względem wymagań higieny zajmuje pierwsze miejsce między rzekami Europy. Ciepłota jej przedstawia najmniejsze wahania roczne. Twardość = 12; części organicznych zawiera bardzo mało. Siarkowodoru i chloru nie znaleziono. Bakteryi w porównaniu z innemi rzekami zawiera bardzo mało, mianowicie od 17 do 1750 w 1 cm³. Dziwne zjawisko, iż najmniejszą ilość bakteryi zawiera woda z Wilii nie w zimie, lecz w czerwcu, prelegent tłómaczy tem, iż w zimie giną wymoczki, które pochłaniają bakterye, oraz że wówczas prąd wody jest znacznie powolniejszy, co sprzyja rozwojowi drobnoustrojów. Woda z Wilii jest bezbarwna i bez zapachu. Co do wody ze studni artezyjskiej, to jest ona bezsprzecznie idealna, ponieważ tak latem, jak w zimie, ma zawsze jednakową ciepłotę = 7°, twardość = 12, smak przyjemny, jest w dostatecznej mierze nasycona powietrzem. Bakteryi zawiera nie więcej nad 2—3 w 1 cm³. Prelegent dochodzi do wniosku, iż dla wodociągów jednakowo nadają się woda z Willi, jak i ze studni artezyjskiej.

Podczas dyskusyi wyjaśniło się, że Wilno liczy już obecnie przeszło 200,000 mieszkańców, a liczba ta dzięki naturalnemu przyrostowi ludności i wzrostowi miasta szybko się zwiększać będzie. W obu projektach przyjęto po 5 wiader na dobę na jednego mieszkańca, co jest stanowczo za mało. Jeśli uwzględnić polewanie ulic, pojenie koni i t. d., to potrzeba przynajmniej 8

wiader na głowę i dobę. Zachodzi obawa, że takiej ilości wody studnia artezyjska nie zdoła dostarczyć. Drugą, ze względów sanitarnych bardzo poważną wadą obu projektów jest to, że wodociągi mają być urządzone tylko w środkowych częściach miasta, zaś krańce miasta i przedmieścia nadal będą mieć wodę tylko ze studni straszliwie zanieczyszczonych. Przedmieścia z ubogą ludnością, bardziej może niż środek miasta potrzebują dobrej wody, ponieważ tam są gniazda różnych chorób zakaźnych. Wody z Wilii, nie zabraknie nigdy, ale może ona być zdatną do użytku tylko przy prawidłowych warunkach i przy dobrze urządzanych i utrzymanych filtrach, za co wobec małej kulturalności ludności ręczyć nie można. W razie epidemii może woda w Wilii stać się wprost niebezpieczną, jak to już raz się stało przed kilku laty w położonym nad rzeką obozie wojskowym, gdzie w ciągu kilku godzin zachorowało na cholerynę przeszło 300 żołnierzy. Przyczyną tak gwałtownej epidemii było wylewanie treści kloacznej z obozu na brzegu Wilii o wiorstę powyżej obozu. Po pierwszym ulewnym deszczu nieczystości spłynęły do rzeki i dały powód do epidemii.

Ostatecznie Towarzystwo uchwaliło orzec, iż najodpowiedniejszą dla wodociągów wileńskich jest woda artezyjska, pod warunkiem, że jej nie zabraknie dla wszystkich bez wyjątku dzielnic miasta, nawet przy wzroście ludności. Woda z Wilii może być użyta tylko w takim razie, jeżeli filtry i rury wodociągowe będą urządzone bez zarzutu i w należytym porządku utrzymane. *Dr Władysław Zahorski.*

Kronika historyczna za grudzień.

Zestawił

Dr Adam Langie.

1. grudnia 1857 roku wykonał Spencer Wells swoją pierwszą operacyę wycięcia jajnika. Próby tego zabiegu sięgają początków XVIII. wieku, kiedy to (r. 1707) Houstoun operuje torbiel jajnikowy, ale nie wyłuszcza go, tylko nacina ścianę i wypuszcza treść; chora żyje potem 7 lat. Pierwszą wogóle owaryotomię z wynikiem pomyślnym wykonał 1809 roku amerykański lekarz Efraim Mac Dowell, poczem operuje jeszcze 12 razy, z tego 8 razy pomyślnie. W r. 1815 wykonywa operacyę we Włoszech Emiliano, chora żyje po niej 28 lat. W Niemczech w ciągu roku 1819 i 1820 operuje 3 razy Chryzmar z dwoma dobrymi wynikami. W r. 1821 Natan Smith w Baltimore rozcina ścianę brzuszną i trójgrańcem nakłuwszy torbiel, wypuszcza ciecz. Dalsze operacye wykonano w Anglii (Bird, Clay i Lizars), w Ameryce (bracia John i Washington Atlee), tudzież we Francyi 1844 r. Po większej części jednak wyniki są niepomyślne; według zestawienia Kiwischa ogłoszono do 1849 r. 86 przypadków owaryotomii, z czego 47 (=54·6%) śmiertelnych. Dopiero od czasów Spencer Wellsa (jakkolwiek pierwsza jego operacya kończy się śmiercią, ale już następna w 1858 r. daje wynik dodatni), gdy udało mu się wykonać do r. 1880 aż 1000 owaryotomii i gdy śmiertelność po zabiegu tym spada do 4%, operacya zyskuje powszechne prawo obywatelstwa. Zachęcony tem, zaczyna Spencer Wells od r. 1860 operować także inne guzy brzuszne. Słusznie też uchodzi on za twórcę chirurgii jamy brzusznej w ogólności, a owaryotomii w szczególności, za reformatora ginekologii wraz z Semmelweissem, Simpsonem, Schroederem i Simsem, oraz za poprzednika Listera w tem znaczeniu, że jeszcze przed metodą Listera przestrzega nadzwyczajnej czystości rąk i narzędzi. — Spencer Wells urodził się 3. lutego 1818 w St. Albans, studyował w Dublinie i Londynie, a wstąpiwszy do marynarki, pracował w szpitalu na Malcie i podczas wojny krymskiej w wojskowym szpitalu w Smyrnie. Później objął kierownictwo »Samaritan Hospital« w Londynie. Zmarł 1897 roku.

4. grudnia 1798 umiera Luigi Galvani. Urodzony 9. września 1737 r., był profesorem anatomii w Bolonii, pierwszy spostrzegł (1780 r.) i objaśnił, choć błędnie, zjawiska i działanie fizyologiczne prądu elektrycznego, które nazwane od niego zjawiskami galwanicznemi posłużyły Wolcie do zbudowania pierwszej bateryi elektrycznej. Prace jego wyszły w zbiorowem wydaniu p. t. »*Opere edite ed inedite del Prof. Galvani* (Bologna 1842)«

5. grudnia 1752 August III król polski ustanawia w Warszawie *Collegium medicum*. Miało to być wprawdzie raczej towarzystwo lekarsko-aptekarskie, zgromadzające się dla słuchania odczytów, ale prócz tego każdy lekarz mający praktykować musiałby składać tam egzamin celem uzyskania prawa praktykowania w całym kraju. Byłby to więc niejako zawiązek Wydziału lekarskiego. Projektu tego jednak sejm nie zatwierdził i *Collegium* w życie nie weszło. Dopiero później, 1789 roku, powstaje w Warszawie szkoła chirurgiczna, a w r. 1810 »ze zwykłą uroczystością zaprowadzony został nowo ustanowiony pod szczęśliwie panującym Fryderykiem Augustem Instytut Akademickiego Wydziału Nauk lekarskich, na które Prześwietna Izba Edukacyi publicznej dawne szkoły po-jezuickie przeznaczyła. Zagaił tę uroczystość, epokę sławy narodowej czyniącą J. W. X. Staszic, prezes Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Referendarz Stanu i Ministra a Prezes Rady Lekarskiego Wydziału, mową« (według współczesnej notatki kronikarskiej). Oto początek Akademii lekarskiej. Pierwsze jednak usiłowania założenia szkoły lekarskiej w Warszawie sięgają r. 1736, w którym przybyły z Prus lekarz Henryk Lelewel, dziadek sławnego historyka, założył szkołę chirurgiczną. Zniszczył ją jednak napad tłumu ulicznego, oburzonego wykonywanemi tam sekcyami zwłok ludzkich.

12. grudnia 1840 zmarł Jan Dominik Esquirol. Urodzony w Tuluzie 1772 r., był od r. 1811 lekarzem w »Salpetrière«, a od r. 1871 wykładał o chorobach umysłowych. On to skłonił rząd francuski do wyznaczenia w r. 1818 osobnej komisyi, która zbadała nadużycia w zakładach dla obłąkanych i obmyśliła potrzebne reformy. W roku 1825 zostaje naczelnym lekarzem paryskiego »Maison des aliénés.« W r. 1830, pozbawiony skutkiem rewolucyi lipcowej urzędu, usuwa się w zacisze domowe do Charenton i oddaje wyłącznie urządzonemu przez siebie prywatnemu zakładowi dla umysłowo chorych.

15. grudnia 1890 ogłasza Behring w »Deutsche mediz. Wochenschr.« swoją metodę leczenia surowicą.

27. grudnia 1822 urodził się Ludwik Pasteur w Dôle jako syn garbarza; nauki pobiera w Besançon; od roku 1843 uczęszcza do »Ecole normale« w Paryżu, w której 1847 r. zostaje asystentem i na tem już stanowisku dokonywa swych pierwszych głośnych badań nad polaryzacyą. W 26-tym roku życia powołany na katedrę fizyki w liceum w Dijon; w rok później (1849) zostaje profesorem chemii w Strasburgu; w r. 1854 organizuje w Lille nowo utworzony »Faculté des sciences«. W roku 1857 obejmuje kierownictwo »Ecole normale« w Paryżu, a w r. 1863 zostaje profesorem geologii, fizyki i chemii w szkole sztuk. W r. 1867 mianowany profesorem chemii w Sorbonie, 1868 dyrektorem fizyologiczno-chemicznej pracowni w »Ecole des hautes études«, a w r. 1889 dyrektorem utworzonego ze składek publicznych słynnego paryskiego Zakładu jego imienia. Umarł 28. września 1895 r. w Garches pod Paryżem. Powszechnie wiadomo, jaki przewrót prace jego wywołały w naukach lekarskich, jakiemi zdobyczami wzbogaciły leczenie najgroźniejszych chorób zakaźnych, ile nowych sposobów ochronnych podały higienie. Prac tych ogłosił 198. A trzeba było istotnie prawdziwego geniuszu, aby nie będąc właściwie ani specyalistą w badaniach drobnowidowych, ani bakteryologiem w dzisiejszem tego słowa znaczeniu, wykonać to wszystko, co on wykonał i poczynić tyle epokowych odkryć. Dzięki tym wszystkim nadzwyczajnym odkryciom mistrza, Zakład pasteurowski staje się miejscem pielgrzymek lekarzy i przyrodników całego świata, a urządzony wzorowo i wyposażony bogato, jest po dziś dzień ogniskiem najżywotniejszych, najciekawszych i najpożyteczniejszych badań naukowych.

28. grudnia 1895. Wilhelm Konrad Roentgen ogłasza na posiedzeniu Towarzystwa fizyko-lekarskiego w Würzburgu odkrycie promieni X.

29. grudnia 1879 r. umiera, wskutek nieszczęśliwego przypadku (z bronią) słynny okulista Aleksander Pagenstecher. Urodzony 1828 r., nauki pobierał w Giesen, Heidelbergu i Würzburgu, gdzie 1849 uzyskał stopień doktora. Od r. 1852 osiadł w Wiesbadenie, zdobywszy wkrótce sławę znakomitego operatora. Wprowadził do okulistyki wiele nowości (maść P. do dziś dnia używana, wyjęcie zaćmy wraz z torebką i in.). Wydawał wspólnie z asystentem Saemischem »Klinische Beobachtungen aus der Augenheilanstalt in Wiesbaden«.

30. grudnia 1813 r. odbyło się uroczyste wręczenie pierwszych dyplomów z ukończonych nauk na Wydziale lekarskim warszawskiej Akademii, otwartej 1810 r. Dyplomów z tytułem doktora wręczono 6, z tytułem chirurga 5, prócz tego promowano 7 aptekarzy.

31. grudnia 1884 r. umarł w Krakowie na raka Gustaw Piotrowski. Po odbyciu nauk lekarskich w Wiedniu i Heidelbergu

u Helmholtza powołano 27-letniego uczonego na katedrę fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie wykształcił kilka pokoleń lekarzy. Ogłaszał liczne prace po niemiecku i po polsku, a wydał też podręcznik fizyologii, przez długi czas będący jedynym polskim podręcznikiem. W uniwersytecie piastował godność dziekana i rektora, a przez lat kilka zasiadał w Radzie państwa.

Z dziejów »czarnej« medycyny.

Szkic historyczny.

Napisał

Dr Adam Langie.

(Ciąg dalszy.)

Początków magii szukać należy w zamierzchłej starożytności, gdzie sztuka ta łączy się z kultem religijnym i spoczywa wyłącznie w ręku kapłanów. Odczytanie zabytków pisma klinowego stwierdziło, że pierwszymi magami byli kapłani chaldejscy, a od nich za pośrednictwem Persów i Partów sztuka ta rozeszła się po całym świecie. W czasach zamierzchłych, gdy ludzie nie umieli sobie wytłómaczyć zjawisk przyrody, wyobrażali sobie wszechświat zaludniony całem mnóstwem duchów i bóstw, które zapomocą rozmaitych ceremonii i odrębnego sposobu życia udaje się wybranym jednostkom zaprządz w służbę, by przy ich pomocy dokonywać rzeczy nadzwyczajnych. Jedną z wielkich klęsk, przez złe duchy sprowadzanych na ludzi, są choroby, więc ci, którzy je leczyć potrafią, widocznie w związku z duchami tymi stać muszą. Dlatego w zakres magii wcześnie już weszło leczenie chorób. Błąd polegał na tem, że człowiek starożytny zamiast badać zjawiska przyrody, jak to czyni człowiek dzisiejszy, aby z nich wysnuć prawa rządzące i praw tych użyć do swych potrzeb, wyobrażał sobie, że zjawiska przyrody zależą od kaprysu i fantazyi duchów, które należy zmusić do posłuszeństwa, uczynić powolnymi sługami. Wszystkie nauki przeszły więc w starożytności przez ten okres zabobonów, a wiele z nich pod tym wpływem wyrodziło się w osobne niby — umiejętności, które przetrwały całe średniowiecze aż do czasu, gdy światło prawdziwej nauki rozproszyło ciemności. Do takich należy np. astrologia i alchemia.

Magia służyła przedewszystkiem do zaklinania duchów, których się obawiano, a więc kapłani są zarazem czarownikami, posiadającymi dar proroctwa i leczenia chorób, przyczem posługują się zdobytemi doświadczeniem wiadomościami i znajomością ziół lekarskich, zwłaszcza wywołujących omamy (halucynacye) lub sny, w których ukazują się różne fantastyczne widziadła. Dlatego to słusznie mówi Pliniusz w swej *Historia naturalis*: »*Magiam natam e medicina nemo dubitat*«.

W tej samej kolebce, co magia, w kraju między rzekami Tygrem i Eufratem, zrodziła się druga nauka, która łącznie z magią ważną w starożytności i wiekach średnich odegrała rolę w medycynie. Wobec czci, oddawanej gwiazdom i przypisywaniu im złych lub dobrych wpływów na ludzi, wcześnie już kapłani chaldejscy zaczęli badać niebo. Badania te doprowadziły do wytworzenia astronomii teologicznej, którą Grecy nazywali astrologią ἡ ἀποτελεσματικὴ τέχνη, czyli nauka o wpływie ciał niebieskich na człowieka. Sława kapłanów chaldejskich rozeszła się daleko i szeroko, bo oni to zdołali posiąść wiele empirycznie zdobytych wiadomości z dziedziny zjawisk fizycznych, chemicznych i patologicznych. W Babilonii kapłani ci tworzą odrębne kolegia, a nauka ich idzie z pokolenia w pokolenie, będąc wyłączną własnością pewnych rodzin.

Ze zdobyciem państwa babilońskiego przez Cyrusa religia perska zyskuje przewagę i teraz po raz pierwszy spotykamy się z nazwą μάγοι, którą Grecy nadają kapłanom perskim. Persowie nie upatrują już w gwiazdach osób bóstw, lecz tylko zjawiska ich potęgi, a liturgia perska, nazwana przez Greków μαγεία, polega na wzywaniu opieki dobrych bóstw ku ochronie przeciw złym. Przytem ważną rolę odgrywa święta roślina »*home*«, mająca cudowne własności uzdrawiania chorób, przedłużania życia, udzielania sił i piękności ciału.

Podobnie, jak w Babilonii i Persyi, łączy się też u Egipcyan magia i astrologia z kultem religijnym, a potężnie zorganizowana kasta kapłanów posiada tajemnicę czynienia rzeczy nadzwyczajnych, które ciemny tłum za cuda uważa. Znajomość zjawisk astronomicznych, jaką wcześnie posiedli kapłani, stanowi integralną część teologii egipskiej, to też obserwacya ciał niebieskich rozwija się na wielką skalę, a zasady astrologii, spisane w księgach świętych, których autorstwo przypisują bożkowi Tot, przechowywane są przez kapłanów w największej tajemnicy. Księgi te, później przetłómaczone na język grecki, rozpowszechniły arkana egipskiej astrologii i wśród Greków. Astrologia w Egipcie wkracza głęboko w zakres nauk lekarskich głównie z tego powodu, że wpływ zmian atmosferycznych na pewne narządy ciała ludzkiego tłómaczono sobie wpływem bóstw, więc też każda część ciała poświęcona innemu bóstwu, bezpośrednio jego podlega władzy. Gdy więc która z tych części zachoruje, należy zwrócić się z modłami do bóstwa, opiekującego się nią, i przebłagać je przy pomocy hojnych ofiar. (Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29. kwietnia 1905 zaleciło lekarzom przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu.

Formularze na rachunki lekarskie, wydawane przez Tow. Sam. lek., są do nabycia w administracyi stempli receptowych, Radziwiłłowska 4. *Wydział Towarzystwa Samopomocy Lekarzy.*

Państwowy związek organizacyi lek. austr. ostrzega wszystkich lekarzy w Austryi: »W gminie Buic usunięto z posady lekarza po 22-letniej służbie z powodu jego zapatrywań politycznych. Ostrzega się przed przyjęciem tej posady pod groźbą bojkotu.

Imieniem Związku: Prezes, *Dr Fr. Janeczek*«.

Zadania „Stowarzyszenia lekarzy polskich“ w Warszawie w najbliższym czasie nakreślił prezes Stowarzyszenia, dr Dunin, zagajając Walne Zebranie w d. 29. listopada b. r., w sposób następujący: Pod względem etycznym strzedz będzie Stowarzyszenie, aby nie obniżył się wśród lekarzy poziom moralny, który jest, zdaniem mowcy, w Królestwie wyższy, niż był dawniej i niż jest zagranicą, na zachodzie, a to dzięki temu, że zawód lekarski nie jest w Królestwie traktowany ze stanowiska czysto handlowego. Pod względem ekonomicznym nie będzie Stowarzyszenie walczyć o wyższe wynagrodzenia i większe zarobki dla lekarzy, gdyż te, choć skromne, są jednak w Królestwie, zdaniem mowcy, wystarczające i przecież stosunkowo lepsze, niż w innych zawodach; natomiast będzie zadaniem Stowarzyszenia: przeciwdziałać przeciążeniu lekarzy pracą, oraz bezpłatnej pracy lekarzy w instytucyach publicznych, jak szpitale i t. p.; starać się o ubezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy i śmierci, a to nie licząc na pomoc społeczeństwa, lecz raczej na opiekę rządu centralnego, czy też autonomicznego, a gdyby to zawiodło, na samopomoc; uzyskać dla lekarzy młodych materyalne oparcie w pierwszych latach po ukończeniu studyów przez stworzenie płatnych posad asystentów szpitalnych; przygotować lekarzy na zmianę warunków, jaką pociągnie za sobą przewidywane zaprowadzenie w Rosyi kas chorych, na razie zaś zapobiegać wyzyskowi lekarzy fabrycznych; zająć się sprawą pomocy lekarskiej dla ludu, której zorganizowanie w jakiejkolwiekbądź formie wpłynie niekorzystnie na warunki bytu lekarzy wolnopraktykujących i może także być źródłem wyzysku lekarzy; usunąć przeludnienie w zawodzie lekarskim w Królestwie. Pod względem naukowym może nastąpić stanowcze polepszenie tylko przez spolszczenie wszechnicy warszawskiej; Stowarzyszeniu przypadają zadania tylko pomocnicze: urządzać kursa dokształcające dla lekarzy i starać się ulepszyć czasopiśmiennictwo przez połączenie istniejących pism i stworzenie pisma wzorowego. Stowarzyszenie powinno też postarać się o stworzenie wzorowego (np. akcyjnego) składu i warsztatu narzędzi lekarskich i t. d. Pod względem wreszcie społecznym podejmie Stowarzyszenie inicyatywę i opracuje wskazówki w sprawie reformy szpitalnictwa, urządzenia pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego, oraz rozpatrzy sprawę felczerów. Dalej zajmie się Stowarzyszenie opracowaniem projektu Izb lekarskich dla Królestwa. Wreszcie, na życzenie wielu członków postara się Stowarzyszenie utworzyć w Warszawie klub lekarski, mający zadania towarzyskie. *K.*

Zadania społeczne X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich są, jak słusznie podnosi dr Mikołajski w »Głosie

lekarzy« (Nr 24) pierwszorzędnej wagi ze względu na zagadnienia społeczno-lekarskie, wyłaniające się właśnie w Królestwie Polskiem, dla którego dokładne informacye o urządzeniach z tego zakresu, istniejących w Galicyi, mogą wielki przynieść pożytek praktyczny. Na zaproszenie Komitetu Zjazdu obradowała też Izba lekarska wsch.-gal. w d. 15 grudnia b. r. nad organizacyą sekcyi społeczno-lekarskiej Zjazdu, w której lekarze galicyjscy powinni kolegom z Królestwa dokładnie zdać sprawę z organizacyi, stanu i rozwoju galicyjskiego szpitalnictwa, służby zdrowia, kas chorych, Izb lekarskich i Rad honorowych, działalności sanitarnej władz krajowych i miast stołecznych, inspektoratu przemysłowego i t. p. *R.*

Fundusz pensyjny dla lekarzy okręgowych galicyjskich był przedmiotem ankiety, (zwołanej 8. grudnia 1906 przez Izbę lekarską wsch.-gal.), w której przewodniczył prezydent Izby dr Festenburg, a zasiadali przedstawiciele: Wydziału kraj. radca Słomkowski, rządu R. dw. dr Merunowicz, Komitetu lekarzy okręgowych drowie Natter i Ferensiewicz, Izby lek. zach.-gal. dr Flis, Izby lek. wsch.-gal. drowie Mikołajski, Moszkowicz i Pappée i poseł sejmowy prof. Mars. Wydział krajowy przyjął za zasady projektu: Do funduszu pensyjnego wpłacać mają po $^{1}/_{3}$ lekarze okręgowi, kraj i Wydziały powiatowe; lekarzom okręgowym, którzy wpłacą wkładki za lata ubiegłe, policzone będą te lata do emerytury; pensye wdowie i sieroce ustanowione będą według statutu pensyjnego urzędników krajowych. Pensya emerytalna wyniesie 40 prc. płacy po 10 latach służby, a będzie za każdy dalszy rok służby wzrastać o $2^{3}/_{4}$ prc. płacy, dochodząc do pełnej wysokości po 35 latach służby. Wdowy po lekarzach, którzy służyli najmniej 10 lat, otrzymają 50 prc. płacy męża i po 10 prc. dodatku na wychowanie sierot aż do ich pełnoletności. W ankiecie, z której zdaje sprawę »Głos lekarzy« (Nr 24), podnoszono następujące słuszne żądania: Za podstawę obliczenia emerytury i pensyi wdowiej należy przyjąć wysokość płacy wraz z ryczałtem na objazdy; pełna emerytura powinna nastąpić już po 30 latach służby; niezdolność do pracy lub śmierć wskutek wykonywania służby powinna dawać prawa emerytalne i pensyjne bez względu na długość odbytej służby; wdowom należy w każdym razie przyznać prawo do pensyi już po 5-letniej służbie męża, a pensya wdowia nie może być niższą od 800 K. rocznie; wreszcie — należy pomyśleć o emeryturach i pensyach dla lekarzy gminnych, ze względów praktycznych jednak dopiero wtedy, gdy będzie już załatwioną sprawa funduszu pensyjnego lekarzy okręgowych. *R.*

Do nowej ustawy o gminnej służbie zdrowia w Galicyi wyjdzie wkrótce rozporządzenie wykonawcze, którego projekt przesłało Namiestnictwo do zaopiniowania Izbie lekarskiej wsch.-gal., a ta Komitetowi lekarzy okręgowych (»Głos lek.« Nr 24). *R.*

Przekształceniem Towarzystwa Samopomocy lekarzy na organizacyę lekarską, opartą na grupach miejscowych i zawodowych, zajmuje się zarząd tego Towarzystwa według projektu dra Flisa.

Nowa ustawa aptekarska austryacka zawiera także (w §. 33) postanowienia o utrzymywaniu przez lekarzy zbioru środków ratunkowych (Notapparate), potrzebnych do pierwszej pomocy w nagłych przypadkach. Środki te m u s z ą posiadać lekarze, osiedleni w miejscowości, w której niema apteki publicznej, a m o g ą za zezwoleniem władzy lekarze, zamieszkali wprawdzie w miejscu, gdzie jest taka apteka, ale odwiedzający chorych także w takich miejscowościach, gdzie apteki takiej niema i dokąd środków ratunkowych na czas z apteki przywieśćby nie można. »Głos lekarzy« (Nr 24) zauważa słusznie, że ten paragraf ustawy zanadto uwzględnia interesa aptekarzy, ograniczając i utrudniając pomoc doraźną w ten sposób, że żaden o dobro chorych prawdziwie dbały lekarz nie mógłby się do tego zastosować. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 2 a 8/XII 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (1), krztuśca 3, płonicy 15, odry 32 (1), duru brzusznego 3 (2), gorączki połogowej 1, nagminnego zapalenia opon 1. W tymże czasie zmarło: z błonicy 2, płonicy 3.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 9 a 15/XII 1906 urodziło się dzieci żywo 46, nieżywo —; zmarło osób 62 (obcych 23), z tego z gruźlicy 13 (7), zapalenia płuc 11 (4), płonicy 1 (—), odry 1 (1), duru brzusznego 2 (1), gorączki połogowej 1 (1), śmiercią gwałtowną 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 17/XII. 1906 doroczne posiedzenie wyborcze. Wybrani zostali: prezesem prof. R o s n e r, wiceprezesem prym. dr. B o r z ę c k i, sekretarzem stałym prym. dr Zygmunt W a c h t e l, bibliotekarzem dr F l i s, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« prof. C i e c h a n o w s k i, członkami komisyi redakcyjnej: prof. K l e c k i, dr K w a ś n i c k i, prof. K r z y s z t a ł o w i c z i dr W o j c i e c h o w s k i, sekretarzem dorocznym dr H a b i c h t, członkami komisyi kontrolującej dr C e r c h a i dr Z a n i e t o w s k i senior, delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich prof B y l i c k i i dr J. Ł u s z c z k i e w i c z.

— Sekcya przeciwgruźlicza odbyła w Towarzystwie lekarskiem d. 18/XII. b. r. pod przewodnictwem dra B i e l a ń s k i e g o posiedzenie, na którem toczyła się dalsza ożywiona dyskusya nad programem zwalczania gruźlicy w miastach. Zabierali w niej głos: prof. Jordan, Wicherkiewicz, Ciechanowski, drdr Bier, Dembowski, Flis, H. Hirsch, Habicht, Kapellner i Murczyński.

— »Towarzystwo stomatologów polskich«, z siedzibą w Krakowie, zawiązało się za staraniem prof. Łepkowskiego. Namiestnictwo zatwierdziło jeszcze w lipcu statut tego Towarzystwa, jednoczącego pod względem naukowym i zawodowym wszystkich, pracujących w zakresie patologii jamy ustnej i zębów. Dnia 21/XI. 1906 odbyło się w Zakładzie dentystycznym Uniw. Jag. pierwsze inauguracyjne zebranie, na którem wybrano tymczasowy wydział. Dnia 6/XII. 1906 odbyło się pierwsze posiedzenie naukowe Towarzystwa, na którem prof. dr W. Ł e p k o w s k i przedstawił sposoby robienia złotych koron i zatykadła do jamy Highmora, a dr A. K o z a c z k a wykładał o zaopatrywaniu korzeni.

Imieniem tymczasowego wydziału Towarzystwa zaprasza prof. Łepkowski kolegów lekarzy-dentystów do udziału w pracach »Towarzystwa stomatologów polskich«. Odczyty i referaty przesyłać należy na ręce prof. dra Łepkowskiego (ulica Straszewskiego 26), lub dra A. Kozaczki (Rynek 22, II p.), do których również można nadsyłać zgłoszenia co do przystąpienia do Towarzystwa.

— Niektóre niedostatki miejskich urządzeń sanitarnych wytoczono na ostatniem posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 15/XII. 1906 w formie szeregu interpelacyi i rezolucyi. Prof. Pareński poruszył sprawę nieodpowiedniego postępowania i braków w miejskim zakładzie dezynfekcyjnym; prof. Nowak sprawę używania na dom przedpogrzebowy położonej w śródmieściu i zgoła na ten cel nieodpowiedniej krypty kościoła XX. Pijarów, którąby należało zupełnie zamknąć; prof. Nowak i Pareński sprawę szczepienia, oraz sprawę pomocy dla ubogich położnic, a st. lekarz pow. dr Bielański szkodliwość zaopatrywania miasta w brudny lód z Wisły i stawów podmiejskich. Komisya uchwaliła też domagać się od magistratu reorganizacyi szczepienia i pomocy dla położnic, oraz przedstawić prezydyum miasta naglącą potrzebę budowy chłodni przy rzeźni miejskiej i miejskiej fabryki lodu sztucznego. Uchwalono też na wniosek doc. Seńkowskiego zażądać, by miejski urząd zdrowia przedkładał komisyi z końcem roku litografowaną statystykę chorobowości za cały rok. Na temże posiedzeniu obradowano w dalszym ciągu nad projektem reorganizacyi miejskiej służby zdrowia. — Do spraw, poruszonych w komisyi, powrócimy w najbliższym czasie.

— Na wniosek dra Z a w a d z i ń s k i e g o, jako referenta powiatowej komisyi zdrowotnej, uchwalił Wydział powiatowy w W a d o w i c a c h (24/XI. 1906) ustanowić dla 4 obecnie w tym powiecie czynnych okręgów sanitarnych na razie trzy okręgowe komisye zdrowotne (w Andrychowie, w Zatorze i w Kalwaryi), złożone z lekarzy okręgowych, przełożonych obszarów dworskich i naczelników gmin. Tenże Wydział zakupuje większy aparat dezynfekcyjny formalinowy li tylko do użytku gmin wiejskich dla odkażania sal szkolnych i mieszkań w (coraz liczniejszych) murowanych domach włościańskich.

Dbałość o sprawy zdrowotne wadowickiego Wydziału powiatowego, który w bieżącym roku (zapomocą subwencyi z powiatowej Kasy oszczędności) zbudował także w 11 gminach studnie publiczne z kręgów cementowych, zasługuje na tem większe uznanie, że nie wiele Wydziałów powiatowych zajmuje się tak gorliwie sprawami zdrowotnemi, jak wadowicki. Utworzenie okręgowych komisyi zdrowotnych przyniesie niewątpliwie obfite plony przy gorliwej czynności lekarskich referentów tych komisyi, której napewno oczekiwać można na podstawie dotychczasowej ich działalności.

— Deputacyi lekarzy krynickich przyrzeczono w odpowiednich ministeryach w Wiedniu rychłe wykonanie koniecznych inwestycyi w Krynicy (łazienki, głębokie wiercenia i t. d.) według programu, przedstawionego przez Namiestnictwo galicyjskie.

— Otwarcie nowego budynku szpitalnego w Nowym Sączu opóźniło się, jak się dowiadujemy, jedynie z powodu nieukończenia przez przedsiębiorcę na czas robót wodociągowych.

— Prof Ludomił Korczyński wyjechał z Krakowa i objął już swoje stanowisko w Sarajevie.

Lwów. Wydział Izby wschod.-gal. odbył w dniu 15 b. m. posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Postanowiono zawrzeć umowę ze Związkiem towarzystw ubezpieczeń od wypadku, mocą której oznaczono wysokość honoraryum lekarskiego za wydanie początkowego i ostatecznego orzeczenia na 6 kor., płatne wprost przez Towarzystwo. Zgodzono się na podjęcie przez Wydział wykonawczy Izb akcyi celem wprowadzenia obowiązkowego państwowego ubezpieczenia lekarzy w myśl wniosku Izby krakowskiej z ostatniego wiecu Izb. Postanowiono nadal drukować Sprawozdania Izb w dodatku do »Przeglądu lekarskiego« wspólnie z Izbą zachod.-gal. Omówiono organizacyę sekcyi lekarsko-społecznej na X Zjeździe lek. i przyr. we Lwowie w r. 1907. Przydzielono kilka spraw do referatu członkom Wydziału, załatwiono drobniejsze sprawy administracyjne i rozpisano rozprawę w jednej ze spraw honorowych.

— Deputacyi Wydziału lekarskiego, złożonej z prof. Halbana, Łukasiewicza i Macheka, przyrzekł minister oświaty szybkie załatwienie sprawy budowy brakujących klinik. Obecnie toczą się układy o to, by rząd poniósł połowę kosztów gruntu pod kliniki (kosztującego 360,000 K).

— Grono lekarzy i chemików poruszyło myśl uczczenia pamięci Marcelego Nenckiego przez umieszczenie w uniwersyteckim budynku chemii lekarskiej biustu znakomitego uczonego. Uroczyste odsłonięcie biustu ma się odbyć w czasie X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich w r. 1907. (»Tyg. lek«. 50).

— Sąd lwowski odmówił wydania dra Kraszewskiego władzom rosyjskim.

Warszawa. Z powodu 25-lecia pracy lekarskiej dr Kazimierza Chełchowskiego poświęciła »Gazeta lekarska« ostatni swój numer (48) wyłącznie pracom jego współpracowników i uczniów. Dr Chełchowski zdobył sobie zasługi zarówno jako kierownik oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus, jak i na polu pracy społecznej, w Towarzystwie higienicznem i wielu innych instytucyach. Życzenia jubilatowi składało grono kolegów i uczniów d. 8/XII. b. r.

— Założona przez Koło lekarskie Polskiej Macierzy Szkolnej szkoła ludowa im. Chałubińskiego, niedawno otwarta, odznacza się wzorowemi urządzeniami higienicznemi. Z nauki korzysta 100—110 dzieci. Komitet szkolny stanowią drdr Dunin, Hassewicz, Kurtz, Natanson, Rzętkowski i Świętochowski, lekarzem szkoły jest dr Orgelbrand.

— Czasowy generał-gubernator kaliski zażądał od lekarzy i felczerów donoszenia o każdym przypadku ran od postrzału lub od środków wybuchowych, pod karą więzienia do 3 miesięcy i grzywny do 3,000 rubli. Rozporządzenie to, naruszające obowiązek tajemnicy lekarskiej, którego dochować przysięga lekarz, jest czemś niesłychanem, nawet w granicach Rosyi.

— Więzionych dra Mikołaja Kwaśniewskiego, ordynatora szpitala wolskiego, dra Leona Salskiego i dra Juliana Bańkowskiego uwolniono, wydalając jednak dwóch pierwszych z granic Rosyi.

— Uwięziono w Warszawie dra Rajchmana (jun.), w Koninie dra Godlewskiego.

Petersburg. Koło lekarskie polskie uchwaliło uczczeniu swego zasłużonego sekretarza dra Witolda Orłowskiego, powołanego na katedrę do Kazania, poświęcić posiedzenie w dniu 12/25. XII. 1906 i wręczyć mu upominek honorowy.

Z różnych stron. Z prawdziwą przyjemnością stwierdzić należy, że niezwykłe uznanie, jakie zdobyło sobie dzieło dra Alfreda Sokołowskiego »O chorobach dróg oddechowych« zagranicą, jest powszechne. Oprócz już wspomnianych przez nas sprawozdawców, zyskało sobie dzieło dra Sokołowskiego bezwzględne pochwały i w innych najpoważniejszych pismach niemieckich (»Wiener klin. Wochens.«, »Deutsche med. Ztg.«) i angielskich (»Brit. med. Journ.«).

— Akademia lekarska w Paryżu przyznała nagrodę Bourcereta (1200 fr.) pannie Dr. es sc. Annie Drzewina za pracę p. t. »Przyczynek do badań tkanki limfatycznej u ichtyopsidów«, nagrodę Oulmonta (1000 fr.) p. J. T. Okińczycowi za uzyskanie pierwszej nagrody (złotego medalu) na konkursie internów.

— Na wydziale lekarskim w Moskwie postanowili słuchacze bojkotować wykłady prof. Pawlinowa za niedbałe spełnianie obowiązków, opuszczanie wykładów i t. p.

— Wszystkie prośby poddanych rosyjskich, studyujących na wszechnicach zagranicznych, o zwłokę w obowiązkowej służbie wojskowej zostały załatwione przychylnie.

— Rząd francuski wniósł do parlamentu projekt ustawy, nakładającej wysokie (10 prc.) podatki na t. zw. »specyalności« farmaceutyczne; projekt ten oburzył nietylko koła aptekarskie, ale także i prasę lekarską, gdyż obciąża on obok rozmaitych bezwartościowych specyfików także takie środki, jak jako »specyalności« sprzedawane surowice lecznicze, leki do wstrzykiwań podskórnych i t. d.

— 25-lecie istnienia obchodziło wiedeńskie Towarzystwo ratunkowe (pierwszej pomocy w nagłych przypadkach), założone przez niezapomnianego filantropa dra Jaromira br. Mundyego i hr. Wilczka. Br. Mundy krzewił ratownictwo w wielu innych miastach; on dał początek i krakowskiemu Towarzystwu ratunkowemu, za którem poszło założenie takich Towarzystw i w innych miastach polskich.

Mianowani: Profesorami nadzw. w Wiedniu docenci Richter (med. sąd.), Panzer (chemia lek.), Löwi (farmak.), Fürth (chemia lek.); prof. Bonnet z Gryfii dyrektorem zakładu anatomicznego w Bonn;

Dr Tadeusz Ostrowski elewem kliniki chirurgicznej lwowskiej.

Zmarli: Prof. farmakologii Archangielski w Kazaniu; lektor anatomii patol. dr Schorstein w Londynie; chirurg doc. dr Reinbach we Wrocławiu w 34 r. ż.;

Dr Donat Malkiewicz, zasłużony na polu społecznem, w Malewie w gub. mińskiej w 75 r. ż.

Bibliografia.

Ernest Hellmer. **Poradnik miesienia wibracyjnego dla lekarza praktycznego.** (Wiedeń 1906, str. 24). Miesienie wibracyjne znajduje coraz szersze zastosowanie. Wykonywać je można zapomocą przyrządów, poruszanych elektrycznością, nogą lub ręką. Dla lekarza praktycznego nadaje się głównie przyrząd ręczny, użycie jego bowiem jest łatwe i można go ze sobą nosić do chorego. Autor zaleca przyrząd „Venivici“ wyrobu A. Hermanna, Wiedeń I. Goldschmidtgasse 10, kosztujący 40 koron. Miesienia wibracyjnego nie wolno używać w ostrych, zwłaszcza ropnych sprawach zapalnych, przy świeżych zakrzepach żył, nowotworach, ciąży, krwotokach i gruźlicy. Jedno posiedzenie trwać powinno 10 minut (jeżeli miesi się całe ciało, to 30 minut). Miesi się codziennie przez 4—6 tygodni.

Szczególne zastosowanie znajduje miesienie wibracyjne w następujących cierpieniach: 1) Nerwice, niedowłady obwodowe, nerwobóle. Nerwy powierzchowne miesi się nasadkami tępemi i miękkiemi, głębsze twardemi i stożkowatemi. 2) Przewlekłe nieżyty nosa, krtani, dychawica oskrzelowa i nerwowa. 3) Miesienie serca dużemi nasadkami daje często dobre wyniki w chorobach samego mięśnia, w przypadkach niemiarowości tętna i zastoinach. 4) Opadnięcia, zwiotczenia i rozszerzenia żołądka i kiszek, zaparcie stolca przewlekłe chorobowe i nawykowe. Żołądek miesi się w kierunku osi poprzecznej i podłużnej naprzemian, jelita w kierunku ruchu robaczkowego, a więc najpierw około pępka, a potem okrężnicę od kątnicy aż do zgięcia esowatego. 5) Żółtaczka nieżytowa. Miesienie daje tu dobre wyniki. Należy się jednak upewnić, czy niema w drogach żółciowych ostrej sprawy ropnej lub czy nie ma zmian woreczka. 6) Z chorób narządów rodnych oddaje miesienie dobre usługi przy niezdolności płciowej i zwiotczeniach n. p. więzadeł macicy i otoczenia. 7) Z chorób narządu moczowego niedowład pęcherza, nerki ruchome i moczenie mimowolne. 8) Z chorób narządu ruchowego: przewlekłe choroby mięśni, ścięgien i stawów, ostry gościec mięśniowy, lżejsze postacie przewlekłe i t. d. 9) Trądzik skóry: (miesienie gąbką gumową, napojoną 5% spirytusem salicylowym). Dalej stosuje się 10) miesienie kosmetyczne: wygładzanie zmarszczek, miejscowych nagromadzeń tłuszczu (pod brodą, na biodrach i t. d. i 11) miesienie ogólne ciała łącznie z innymi zabiegami w leczeniu otyłości, dny, cukrzycy i innych chorób przemiany materyi.

Klęsk.

— *Gazeta lekarska* Nr 48. Winiarski: Zarośnięcie tętnicy bezimiennej oraz podobojczykowej lewej. Starkiewicz W.: Zwężenie aorty u ujścia (przewodu Botalla); tętniak części wstępującej i łuku

aorty; zarośnięcie wielkich tętnic, wychodzących z łuku. Bełkowski: O syfilitycznem cierpieniu tętnic kończyn. Męczkowski: O tętniakach naczyń mózgowych. Bartkiewicz: Rana opłucnej, osierdzia i serca.

— *Medycyna* Nr 50. Goldflam: Przypadek wrodzonego rodzinnego zesztywnienia stawów palcowych. Krajewski, Rotstadt (c. d.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 50. Kośmiński: Przyczynek do leczenia operacyjnego wypadnięcia macicy. Opolski (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr 23. Jaworski J.: Macica podwójna czyli przedzielona i pochwa podwójna czyli przedzielona. Biehler M. (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr 24. Mikołajski: Zadania społeczne X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Mikołajski (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 50. Jerie: Positio occipitalis anterior. Honl, Pitha, Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 47. Gruzdiew (dok.). Filozofow: W sprawie wpływu różnych białek pożywienia na wydzielanie się cukru i rozwój zatrucia kwasami w cukrzycy. Jakimow: Przedłużenie życia świdrowców w sztucznych warunkach. Krasnogorski: Wymiana żelaza u osesków.

— *Presse medicale* Nr 97. Castaigne: Wątroba, a żelazo. Labbé: Ochronna rola gruczołów limfatycznych. Vidal: Znieczulanie ogólne przez odbytnicę. — Nr 98. Lermoyez: Jak się ustrzedz od ozeny? Vedel i Rimbaud: Wczesne durowi zapalenie pęcherzyka żółciowego z przedziurawieniem. — Nr 99. Garnier. Wydzieliny gruczołu tarczowego. Pallier: Bakteryologia raka żołądka.

— *Semaine med.* Nr 49. Moussu: Obecny bilans szczepień przeciwgruźliczych. — Nr 50. Lejars: Guzy zapalne niby-nowotworowe brzucha.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 50. Lewin i Stadelmann: Acokanthera Schimperi jako lek sercowy. Strauss: O postaciach nabytych przewlekłej acholurycznej żółtaczki z powiększeniem śledziony. Rothschild: O kamieniu pęcherzowym z jądrem woskowem; historya choroby i przyczynek do rozpoznawczego zastosowania promieni Röntgena przy kamieniach moczowych. Landau (dok.). Maass: Czad i gaz świetlny.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 50 (poświęcony uczczeniu prof. Bergmanna). Eiselsberg: O plastyce przy odwinięciu żuchwy. Hacker: Plastyka błony śluzowej i chrząstki przy zwężeniu tchawicy wskutek twardzieli. Kader: Przyczynek do techniki doszczętnej operacyi przepuklin udowych. Rydygier: Nowy sposób podwiązywania tętnicy bezimiennej, ewent. początku tętnicy podobojczykowej. Schloffer: Hydronefrocystanastomoza przy wodonerczu jedynej nerki. Wölfler: W sprawie leczenia promienicy. Riedl: W sprawie zwichnięcia kości łódkowatej ręki. Schweinburg: W sprawie zadzierżgnięcia przydatków sieciowych.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr 50 (ofiarowany prof. Bergmannowi): Eiselsberg: Przyczynek do leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, przebijającego do otrzewnej. Payr: O operacyjnem leczeniu podpotylicznego próchnienia kręgosłupa (*malum suboccipitale*). Bergmann A.: Zwężenie jelit jako późny skutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Riedel: Szew katgutowy przy złamaniu rzepki. Sprengel: Leczenie ran postrzałowych. Pozzi: Nowy sposób zeszywania końców moczowodu zupełnie przerwanego. Durante: Chirurgia Arabów.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 50. Selter: Badania bakteryologiczne nowego sposobu odkażania formalinowego zapomocą autanu. Henking: Doświadczenia zebrane w znieczulaniu lędźwiowem nowokainą. Dietze: W sprawie techniki znieczulania miejscowego, zwłaszcza zapomocą nowokainy z suprareniną. Steim: Doświadczenia co do nowokainy. Levy i Kayser: Wynik badań bakteryologicznych przy sekcyi nosiciela prątków durowych. Tomarkin: O niebezpieczeństwach przeniesienia zarazków przez telefon i zapobieganiu im. Vierordt: Znaczenie fizycznych metod leczenia w praktyce lekarskiej. Burkhardt: O powstawaniu lewostronnych objawów przy zapaleniu okątniczem. Hornung: Elektroterapia zaburzeń krążenia. Vollert: Nowa zasada operacyjnego leczenia jaskry. Sachs-Müke: Pomocniczy sposób przy sedymentacyi. Wederhake (dok.).

Redakcya otrzymała: Żeleński: Über das Verhalten des neutrophilen Blutbildes bei gesunden u. kranken Säuglingen. Odbitka „Wiener klin. Wochenschr“ 1906. — Ks. dr J. Radziszewski: Polska bibliografia filozoficzna w układzie dziesiętnym ideologicznym. Nr 3. Odb. „Przegląd filozof.“ 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Strofantyna (wyrobu firmy F. C. Böhringer), poleconą została ponownie do wstrzykiwań podskórnych w odczycie profesora L. Brauera w Tow. lek. w Marburgu. Warunkom wymaganym od dobrego środka sercowego, jak łatwa rozpuszczalność, działanie szybkie, brak ubocznych działań, czystość przetworu, stałość działania, czyni strofantyna w zupełności zadość. Digalen, polecony przez, Mendela, Cloetta i szkołę Naunyna posiada pewne wady, jak potrzeba dużych dawek, wysoka cena. A. Fraenkel, Krehl i Schwarz dowiedli szeregiem doświadczeń ze strofantyną dzielności tego środka. Rozczyn 1: 1000 we fiolkach 1 ctm^3 zawierających odpowiada około 15 ctm^3 digalenu, a stosunek cen jest, jak 25: 320. Szereg spostrzeżeń klinicznych stwierdza ze wszechmiar korzystne działanie tego środka. *Ll.*

Arhovin, jako środek leczniczy w wiewiórze ocenia dr A. Schweitzer z Finmy (*Monatschrift fur Harnkrankheiten.* Leipzig, 1906, Nr 11). Korzystne doświadczenia innych potwierdziły się również w 16 przypadkach autora. S. podnosi wysoką wartość leczenia wewnętrznego, cenioną przez urologów. Arhovina wolna jest od szkodliwych i niemiłych ubocznych działań środków balsamicznych, jak cuchnienie z ust, zaburzenia w trawieniu, podrażnienie nerek, wyprysk i t. d.

Dla większości przypadków uważa S. leczenie skombinowane, miejscowe i wewnętrzne, za najodpowiedniejsze. W ostrym okresie rozpoczyna od 4—5 kapsułek po 0,25 gr. arhoviny dziennie. Już po 4—5 dniach zmniejsza się parcie na mocz, zmętnienie moczu znika, osad ropny zmniejsza się szybko. Po ustąpieniu tych pierwszych objawów dodaje S. leczenie miejscowe, t. j. wstrzykiwania 1—1½ prc. oliwy arhovinowej, co chorzy doskonale znoszą. Użycie oliwy pozwala mieć nadzieję, że środek dojdzie do wszystkich fałdów i zaułków błony śluzowej, czego nie można powiedzieć o wodnych rozczynach innych środków przeciwwiewiórowych, zamykających fałdki przez swe działanie ściągające. Przy tem leczeniu dolegliwości szybko ustępowały, dwoinki znikały, a po 5—7 tygodniach następowało wyleczenie. *Hr.*